

班级 鉴定	辅导员（签字）： 年 月 日		
二级 学院 推荐 意见	负责人（签章）： 年 月 日		
学校 意见	（签章）： 年 月 日		
地址	云南省丽江市古城区玉泉路1号	邮政编码	674199
电话·邮箱	就业创业中心：0888-5101140 / 5130236 jyb@lywhxy.com		
网址	http://www.lywhxy.com/jyw/index.html		

姓名		性别		一寸 证件 照
民族		出生年月		
籍贯		政治面貌		
学历		健康状况		
联系电话		邮政编码		
通讯地址				
现居住地				
个人简历	自何年何月	至何年何月	就读学校	证明人
爱好特长				
专业技能证书				
外语及计算机水平				
在校期间 获奖情况				

在校期间 参加社会 工作情况						
求职意向						
	课程名称	成绩	课程名称	成绩	课程名称	成绩
主修 课程 及 成绩						
	综合测评成绩		教务员（签章）： 年 月 日			

自我鉴定：

本人签名：
年 月 日