**锦萧建筑科技有限公司**

**应聘人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 应聘岗位 | | |  | | | |  |
| 出生日期 |  | | | 籍贯 |  | 期望薪资 | | |  | | | | 一寸免冠  照片 | |
| 学历 |  | | | 专业 |  | 学习方式 | | | □全日制  □非全日制 | | | |
| 婚姻状况 | □已婚 □未婚  □有子女□离异 | | | 民族 |  | 政治面貌 | | |  | | | |
| 手机号码 | |  | | | | | | | 可入职时间 | | | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | 固定电话 | | | |  |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | 户口性质 | | | |  |
| 现居住地址 | |  | | | | | | | | | | | |
| 职称、证书 | |  | | | | | | | | | | | |
| 信息来源渠道 | | □招聘网站\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □现场报名  □内部员工推荐(推荐人姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 主要教育经历 | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | 院校名称 | | | | | 学历 | | | 专业 | | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 主要工作经历 | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | 工作单位 | | | | 职位 | | | 薪资状况 | | 离职原因 | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |  | |

填表日期： 年 月 日

***请背面继续填写***

**锦萧建筑科技有限公司**

**应聘人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要家庭成员 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 关系 | | 年龄 | | | 文化程度 | | | | 工作单位 | | | | 所任岗位职务 | | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 紧急联系人 | |  | | | | 紧急联系电话 | | |  | | | | 与本人关系 | | |  | |
| 兴趣爱好、特长 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健  康  状  况 | 身高 | |  | | 体重 | | |  | | 视力 | |  | | 听力 | | |  |
| 是否曾被认定为工伤或职业病或持有残疾人证明：填写“是”或“否” （ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否被劳动能力鉴定委员会鉴定为具有伤残等级以及何级伤残：填写“是”或“否”以及伤残等级 （ ） （ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否从事过井下、高空、高温、特别繁重体力劳动以及有毒有害工种：填写“是”或“否” （ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有传染性疾病以及慢性疾病：填写“是”或“否” 以及何种疾病（ ） （ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有犯罪记录、不良记录或吸毒史：填写“是”或“否” （ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他需告知公司的健康状况（如重大手术、重大疾病、交通事故等）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自  我  评  价 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明：以上所填写资料均属事实并授权公司对以上信息进行核查，如有隐瞒或弄虚作假等不实情况，本人自愿承担一切后果；本人保证与原公司已正常解除劳动关系，并与原公司的保密协议、竞业限制协议已履行完毕。**  **本人签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | |