|  |
| --- |
| **苏滁济民普外科医院应聘人员登记表**  **应聘部门/岗位： 应聘时间： 年 月 日** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | | | 外语程度 |  | 计算机程度 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 文化程度 |  | 所学专业 |  |
| 婚姻状况 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 户口所在地 |  | 现档案存放地点 | |  | |
| 目前住址 |  | | | | | | | |
| 已获资质、学历、学位证书 | | | | | | | | |
| 证书名称 | | | 证书编号 | | | | 获得时间 | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| 工作经历 | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 单位名称 | | 任职岗位 | 离职原因 | | 证明人及电话 | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |
| 家庭主要成员（配偶、父母、兄弟姐妹等） | | | | | | | | |
| 关系 | 姓名 | 年龄 | 工作单位 | | | 岗位 | | 联系电话 |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
| 健康状况 | | | | | | | | |
| 身高（ ） | 体重（ ） | 视力（良好）（辅助） | | 听力（良好）（辅助） | | | 传染疾病史（有）（无） | |
| 是否被认定为工伤或在工作中受伤：填写“是”或“否”（ ） | | | | | | 伤残等级数：填写数字（ ） | | |
| 是否从事过井下、高空、高温、有毒有害、重体力劳动：填写“是”或“否”（ ） | | | | | | | | |
| 最近六个月所接受的医学医疗检查为： | | | | | | | | |
| 与其他单位是否存在劳动关系 | | | 有□；否□ | | 详情： | | | |
| 与其他单位是否存在竞业限制 | | | 有□；否□ | | 详情： | | | |
| 原单位是否缴纳社保 | | | 有□；否□ | | 详情： | | | |
| 保险是否能转入我单位 | | | 能□；否□ | | 详情： | | | |
| 郑重申明：  1、本人对以上内容的真实性、准确性、完整性负责，不存在隐瞒或遗漏情况。本人同意院方或院方委托的第三方对以上信息进行背景调查。本人知晓院方是基于本表内容的真实录用本人，如与实际不符，院方可以入职欺诈单方解除劳动合同且不需要支付经济补偿。  2、本人同意通过本表中的电话号码、电子邮箱、目前住址接受院方发放通知文书等，因联系人方式填写不准确、变更地址未及时通知院方等导致院方的重要通知不能送达本人的，责任由本人自负。  本人签字： 日期： | | | | | | | | |
|
|
|
| 附件：□身份证（复印件） □学历证书（复印件） □职能证书（□复印件） □其他： | | | | | | | | |