**应聘人员报名表**

**应聘岗位： 招聘联系人： 填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 照片 |
| 学历 |  | 学位 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |  |
| 婚否 |  | 身高 |  cm | 体重 |  kg  | 血型 |  |  |
| 现住地址 |  |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 原薪资收入 |  | 期望薪资 |  |
| 预计到岗时间 |  | 兴趣/特长 |  |
| 个人个性评价 |  |
| 职业发展规划 |  |
| **本 人 主 要 工 作 经 历** |
| 起止时间 | 工作单位 | 职位 | 证明人 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **教 育 及 培 训（高中起）** |
| 类型 | 起止时间 | 学校或教育机构名称 | 专业 | 学制 | 证明人 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **补 充 事 项** |
| 是否为本公司员工推荐：□是 □否？推荐人姓名： 学历是否统招：：□是 □否个人身体情况申明： 1、有无传染病史。**有（　）**何时 　 病种 　 是否痊愈　　　 　**无（　）**2．有无身体残疾。**有（** 何处: 　 有无残疾人证： □有 □无**） ，无（　）** |
| **个人****声明** | **本人承诺以上内容全部属实、如有不实之处，后果自负。** | **本人****签字** |  |