# 应聘申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 |  | 了解招聘信息途径 |  | | （贴照片处） | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | |
| 年 龄 |  | 民 族 |  | |
| 身份证号码 |  | 籍 贯 |  | |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | |
| 身 高 |  | 体 重 |  | |
| 手机号码 | 1 | 邮 箱 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 普通话等级 |  | 英语等级 |  | | | |
| 第一学历 |  | 毕业学校及  专业 |  | | | |
| 最高学历 |  | 毕业学校及  专业 |  | | | |
| **工作经历** | | | | | | |
| 起止年月 | 单位名称 |  | 职务 |  | | |
|  | 主要职责 |  | 离职原因 |  | | |
| 证明人 |  | 证明人电话 |  | | |
| 起止年月 | 单位名称 |  | 职务 |  | | |
|  | 主要职责 |  | 离职原因 |  | | |
| 证明人 |  | 证明人电话 |  | | |
| 起止年月 | 单位名称 |  | 职务 |  | | |
|  | 主要职责 |  | 离职原因 |  | | |
| 证明人 |  | 证明人电话 |  | | |
| 家庭成员关系 | 姓 名 | 年 龄 | 工作单位 | | | 联系电话 |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
| 受过何种培训 |  | | | | | |
| 获得何种奖励 |  | | | | | |
| 爱好/专长 |  | | | | | |
| 健康状况 | | | | | | |
| 1、您的身体情况如何？ □ 较好，很少生病 🞎 良好，偶尔生病 🞎 较差，经常生病  2、您是否患有先天性疾病史？ □ 否 🞎 是 （ 🞎 心脏病 🞎 癫痫 🞎 哮喘 🞎 色盲 🞎 地中海贫血 🞎 其他先天性疾病史 ）   1. 您是否患有传染性疾病史： □否 🞎 是（ 🞎 甲肝 🞎 乙肝 🞎 肺结核 🞎 传染性皮肤病 🞎其他传染性疾病 ） 2. 您是否患有精神性疾病史： □否 🞎 是（ 🞎 精神分裂 🞎 躁狂症 🞎 抑郁症 🞎 癔症史 🞎其他精神性疾病 ） 3. 您是否患有陈旧性疾病史？ □否 🞎 是（ 🞎 腰肌劳损 🞎 腰椎间盘突出 🞎 风湿性关节炎 🞎 骨折 🞎 其他 ） 4. 你是否曾经有过手术史： □否 🞎 是   7、您是否存在不适宜从事该职业的其他疾病，如有，请说明：    注明：以上信息将作为您今后是否能从事该岗位的重要依据，贯穿聘用关系始终，请如实填写，如有虚报，本单位将取消聘用资格，发生的一切后果自行承担。 | | | | | | |
| 资格审查意见 |  | | | | | |

本人提供的信息、资料、证件、报名表所填写内容等均真实、准确、有效，并自觉遵守招聘工作规定，诚实守信。对因提供有关信息、证件、材料不实，不符合政策规定，或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担一切责任。聘用后服从统一安排，如不服从安排将自愿放弃录用资格。

本人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

年 月 日