**湖南华天像数健康管理公司应聘登记表**

**应聘岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  情  况 | 姓名： | | 性别： | | | 出生年月： 年 月 日 | | | | | | | | 彩色1寸免冠证件照 | |
| 籍贯： | | 民族： | | | 政治面貌： | | | | | | | |
| 身高（cm)： | | 体重(kg)： | | | 入党时间： | | | | | | | |
| 身份证号码： | | | | | 电子邮箱： | | | | | | | |
| 户口所在地： | | | | | 户口类型：□城镇 □农村 | | | | | | | |
| 联系电话： | | | | | 紧急联系人电话/姓名： | | | | | | | | | |
| 全日制最高学历： | | | | 学位： | 毕业院校及专业： | | | | | | | | | |
| 在职最高学历： | | | | 学位： | 毕业院校及专业： | | | | | | | | | |
| 现居住地址（本人长住）： | | | | | | | | | | | 邮政编码： | | | |
| 现居住地址（父母长住）： | | | | | | | | | | | 邮政编码： | | | |
| 身份证地址： | | | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻状况： □未婚 □已婚 □离异 □其他： | | | | | | | | | | | 子女状况：□有 □无 | | | |
| 有无家庭病史： □有 □无 说明： | | | | | 健康情况： □好 □良好 □其他 | | | | | | | | | |
| 身体状况特别说明： | | | | | | | | | | | | | | |
| 任现职时间及职务： | | | | | 职务任命文件及文号： | | | | | |  | | | |
| 特长 |  | 专业技术职称/编号 | | | |  | | | 资格证书/编号 | | |  | | | |
| 五险一金购买情况 | | □养老保险 □医疗保险 □生育保险 ☑工伤保险 □失业保险 □公积金 | | | | | | | | | | | | | |
| **学历经历（从高中开始写至最高学历）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止（年/月/日） | | 毕业院校或培训机构 | | | | | 专业 | | | | | 学历/编号 | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| **工作经历（第一次参加工作起）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止（年/月/日） | | 工作单位及部门 | | | | | | 岗位/职务 | | | 证明人 | | | | 电话 |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  |
| 家  庭  主  要  成  员 | 称谓 | 姓名 | | 出生（ 年-月-日） | | 工作单位/就读学校 | | | | | | | | | |
| 父亲 |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 母亲 |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 夫妻 |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 子女 |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 子女 |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| **请用“是”与“否”回答下列问题** | | | | | | **是** | | | | **否** | | | **说明** | | |
| 是否有传染病、精神病或任何暨往病史？ | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 是否与其他公司签订过“竞业禁止”协议？ | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 是否有亲属关系人员在本企业工作？ | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| **个人声明** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公司已告知本人工作内容、工作条件、工作地点、职业危害、安全生产状况、劳动报酬等情况。本人保证此表格所填写所有内容均属事实并完整可靠，如有不实或隐瞒之处，愿意接受被立即解除劳动合同关系或劳务协议关系之处分，并承担由此产生的其他一切相关责任与后果，公司无须作出任何赔偿。  签名 ： 填表日期： | | | | | | | | | | | | | | | |