# 应聘登记表

**公司声明：**您所填写的详尽信息与可能形成的劳动关系事宜完全相关，请您如实、详细、完整填报。对于您所填报的内容，我们承诺不会将您的个人信息提供给与本公司人力资源管理无关的人员。

|  |
| --- |
| **应聘企业：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 应聘岗位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **个人基本信息** |
| 照片 | 姓名： | 性别： | 年龄： |
| 政治面貌： | 婚姻状况： | 参加工作时间：  |
| 民族： | 籍贯： | 专业技术职称： |
| 最高学历： | 学习形式： | 毕业院校： |
| 家庭地址： |
| 身份证号：  |
| 电子邮箱： | 联系电话： |
| 紧急联络人： 关系： 联系电话： 地址： |
| **社保、档案信息** |
| 户 口 所 在 地： 省（市） 区（县） 单位 |
| 档案关系所在地： 省（市） 区（县） 单位 |
| 社保关系所在地： 省（市） 区（县） 单位 |
| **身体状况** |
| 工伤认定经历： 否 是 是否存在工伤鉴定等级: 否 是 \_\_\_\_\_\_\_\_等级 |
| 是否有重大疾病或职业病史： 否 是 何种疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 累计治疗期：\_\_\_\_\_\_\_个月 |
| 是否有： 家族遗传病史 精神病史 传染病史 何种疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 否 |
| 是否有缺陷、残疾： 否 是 \_\_\_\_\_\_\_\_等级 |
| **情况调查** |
| 是否有亲属在本单位或关联公司工作： 否 是 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 是否与其他企业签订保密、竞业限制协议： 否 是 起止时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 是否与其他用人单位有未尽法律事宜： 否 是 说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 是否能接受工作地点调整或频繁的出差： 否 是 |
| **家庭情况** |
| 姓名 | 与本人关系 | 年龄 | 工作单位 | 职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **教育经历** |
| 起止年月 | 学校名称 | 专业 | 学历 |
| 至 |  |  |  |
| 至 |  |  |  |
| **工作经历（兼职工作请注明）** |
| 起止年月 | 公司名称 | 职位/岗位 | 工资 | 离职原因 |
| 至 |  |  |  |  |
| 至 |  |  |  |  |
| 至 |  |  |  |  |
| 至 |  |  |  |  |
| **主要业绩及应聘优势** |
|  |
| **培训经历及专业资格证书** |
| 培训时间 | 培训名称 | 培训机构 | 获得证书 | 发证机关 | 有效期 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**本人承诺：**以上所填写全部内容完全真实、准确、详尽，不存在任何隐瞒与不实的情况，更无遗漏之处。我了解被雇用后，我所提供的任何错误的说明或者信息都可以成为被无偿之立即解除劳动关系的理由。我授权公司对我过去的经历、财务状况和信息状况进行调查。

**填表人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**