宿迁市第一人民医院劳务派遣人员应聘登记表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  应聘职位 |  | 照片粘贴处 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 学历 |  |
| 专业 |  | 职称 |  | 身高 |  |
| 体重 |  | 婚姻状况 |  | 健康状况 |  |
| 手机号 |  | 身份证号 |  | 现住址 |  |
| 教育 情况 | 起止时间 | 学习院校及专业（从中学填起） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 工作 经历 | 起止时间 | 单位名称 | 担任职务 | 证明人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 家庭主要成员基本情况 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所受奖励及 处 分 |  | 个人特长、及兴趣爱好 |  |
| 员工承诺（请在相应栏内打√） | 有无传染病 | 有 | 无 |
| 有无心脏病 | 有 | 无 |
| 有无个人岗位事故 | 有 | 无 |
| 有无违法案底 | 有 | 无 |
| 有无参加非法组织 | 有 | 无 |
| 如个人原因自盗或事故是否愿意自行承担 | 愿意 | 不愿意 |
| 声明：本人郑重承诺以上所填内容全部属实，如有不实，愿接受包括但不限于取消应聘资格、终止劳动关系等处理结果，并承担因此造成的一切经济和法律责任。 应聘人员签名： 日期： |