|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘者姓名 |  | 性别 | | |  | 出生年月 | | |  | | 民族 | | | |  | | | 一寸照片 | |
| 身份  证号 |  | | | | | 户口所  在地 | | |  | | | | | | | | |
| 婚姻  状况 |  | 联系电话 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 现居  住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高  学历 |  | 专业 | |  | | | 外语及等级 | |  | | | 职业资格 | | |  | 专业职称 | | |  |
| 主要教育经历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 教育时间 | | | 院校名称 | | | | | | 学历 | 专业 | | | | | | 证书 | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |
| 主要工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作时间 | | | 工作单位 | | | | | 职位 | | | | | 证明人姓名、电话 | | | | 离职原因 | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| 主要培训经历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 培训时间 | | | 培训内容 | | | | | | 培训组织机构 | | | | | | 培训结果 | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 主要家庭成员 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 关系 | | 工作单位 | | | | | | | | | | | 所任岗位及职务 | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 紧急联络人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 关系 | | 联系地址及邮编 | | | | | | | | | | | 电话 | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 承诺：本人保证我所提供以及填写的资料均属实，如有虚假的，本人愿承担一切责任。  填表人： 与应聘者关系： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**个人信息登记表**

应聘岗位：

（背面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健 康 状 况 | | 身高 |  | | 体重 | | |  | | 视力 | | 右眼裸视  （ ） | | 听力 | （ ）良好 |
| 左眼裸视  （ ） | | （ ）辅助 |
| 是否曾被认定为工伤或职业病或持有残疾人证明：填写“是”或“否”（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 是否被劳动能力鉴定委员会鉴定为具有伤残等级以及何级伤残：填写“是”或“否”以及伤残等级（ ）（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 是否从事过井下、高空、高温、特别繁重体力劳动以及有毒有害工种：填写“是”或“否”（ ）（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有传染性疾病：填写“是”或“否”以及何疾病：  （ ）（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 前  用人  单位  信息 | | 前用人单位离职时间 | |  | | 离职原因 | | |  | | | | | | |
| 以前是否缴纳公积金：填写“是”或“否”（ ）  以前是否缴纳社保填写“是”或“否”（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 录用  填写 | 入职部门 | | |  | | | 入职岗位 | | | |  | | 入职时间 | |  |
| 本人声明 | 1、本人确认，公司已如实告知工作内容、工作地点、工作条件、职业危害、安全生产状况、劳动报酬以及员工要求了解的情况。  2、本人在本表提供的个人信息、学历证明、资格证明、身份证明、工作经历等个人资料均真实，本人充分了解上述资料的真实性是双方订立劳动合同的前提条件，如有弄虚作假或隐瞒的情况，属于严重违反公司规章制度，同意公司有权解除劳动合同或对劳动合同做无效认定处理。  签名： 日期： | | | | | | | | | | | | | | |

备注：经用人单位录用，不得于其他用人单位建立劳动关系（包括待岗，缴纳社保）