附件一：

应聘人员登记表

**应聘者声明:**

本人承诺此表格由本人亲自填写，在本表格内提供的全部资料均为真实、正确及有效。本人明白并同意，如蓄意虚报资料、有欺瞒等不实之处，则不管在何时被查证，本人都将承担相应责任，包括即使已被录用，也会被无任何补偿地即时解聘。

本人签名： 11

日 期： 年 月 日

应聘部门： 应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | | 性 别 | | |  | | | | 民 族 | | |  | | | |
| 出生日期 | | | |  | | | 出生地 | | |  | | | | 婚姻状况 | | |  | | | |
| 政治面貌 | | | |  | | | 加入政治 团体时间 | | |  | | | | 参加工作时间 | | |  | | | |
| 专业技术任职资格 | | | |  | | | 获得日期 | | |  | | | | 资格认证机构 | | |  | | | |
| 职业资格认证 | | | |  | | | | | | | | | | 获得日期 | | |  | | | |
| 家庭电话 | | | |  | | | 手 机 | |  | | | | | Email | | |  | | | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭地址 | | | |  | | | | | | | | | 邮政编码 | | | |  | | | |
| 户籍住址 | | | |  | | | | | | | | | 邮政编码 | | | |  | | | |
| 外语语种 | | | |  | | 外语能力 | | 🞏 精通 🞏 熟练 🞏 尚可 🞏 欠佳 外语等级： | | | | | | | | | | | | |
| 学历信息 | | | 学 历 | | 起止时间 | 毕业院校 | | | | | 专 业 | | | | | 学位及授予日期 | | | | |
| 大专 | |  |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 本科 | |  |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 硕士 | |  |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 博士 | |  |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 相关技能培训 | | | 起止时间  （从最近时间填起） | | | 培训项目 | | | | | 培训证书 | | | | | 认证机构 | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 工作经历 | | 起止时间  (从最近时间填起） | | | | 单位及部门 | | | | | 职 位 | | | 证明人及 联系方式 | | | | 是否办理社保缴纳手续 | | 离职原因 |
|  | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 是否有上海市居住证 | | | | | | 🞏 是 🞏 否 | | | | | 人事档案  所在地 | | |  | | | | | | |
| 家庭成员情况 | 是否有亲属在本所工作或学习，如有请说明 | | | | | 🞏 无 | | 🞏 有（ ） | | | | | | | | | | | | |
| 关 系 | | | | | 姓 名 | | 出生日期 | | | | 工作单位及职务 | | | | | | | 现 状 | |
| 父 亲 | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 母 亲 | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 配 偶 | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 🞏子 🞏女 | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 🞏子 🞏女 | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 健康状况 | 🞏 良好 | | | | | 简要病史 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 一般 | | | | |
| 🞏 欠佳 | | | | | 其它病史 | | 精神性疾病 🞏有 🞏无 | | | | | | | 传染性疾病 🞏有 🞏无 | | | | | |
| 其他 | （可附页） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备注：**家庭成员现状：**学前、在读、在业、无业、退休**  本人签名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |