**人保财险江西省分公司2020年度人员应聘登记表**

应聘地市： 应聘单位/部门： 应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 出生年月 | |  | | | 一寸蓝底或红底照片 | |
| 民族 |  | 籍贯 |  | | | | | 参加工作时间 |  | | |
| 全日制教育  最高学历 | |  | | | 毕业院校、专业、毕业时间 | | |  | | | |
| 目前年薪 | |  | | | 期望年薪 | | |  | | | |
| 在职教育  最高学历 | |  | | | 毕业院校、专业、毕业时间 | | |  | | | |
| 政治面貌 | |  | | | | | 身份证号 | | |  | | | |
| 常住地址、邮编（详细填写并注明自购房或租房） | |  | | | | | 户口所在地  （详细填写） | | |  | | | |
| 目前工作单位、职务（岗位） | |  | | | | | 是否签订劳动合同/合同期限 | | |  | | | |
| 本人档案  存放单位 | |  | | | | | 本人联系电话及电子邮箱 | | |  | | | |
| 家庭  主要  成员 | | 称谓 | 姓名 | | | 年龄 | 工作单位、职务 | | | | | | 联系电话 |
|  |  | | |  |  | | | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | | |  |
| 主要  学习/  工作  经历  （自高中  学历起  填写) | | 起止  时间 | 学校/单位 | | | | | | | | 岗位（职务） | | 证明人 |
|  |  | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | |  | |  |
| 奖惩记录 | |  | | | | | | | | | | | |
| 特长爱好 | |  | | | | | | | | | | | |
| 身份  证复  印件  粘贴  处 | |  | | | | | | | | | | | |
| 学历、  学位  证书  及  驾照 | | 学历证书编号：发证时间：  学位证书编号： 发证时间：  驾照准驾类型： 发证时间： | | | | | | | | | | | |
| 重大  疾病  申明 | | □有重大疾病史 √无重大疾病史  ※重大疾病包含且不限于以下疾病（相应处划√）  □恶性肿瘤、□肾病、□肝病（含大小三阳）、□脑中风、□器官移植、□心肌梗塞、  □心脏瓣膜手术、□艾滋病（含病毒感染）、□精神疾病、□血液病、□肢体残疾、烧伤  其他：。 | | | | | | | | | | | |
| 亲属关系 | | 与本公司职工有无亲属关系（）：有□ 无□  亲属姓名： 与本人关系： 单位、部门及职务：  ※注：亲属关系包括夫妻关系、直系血亲关系（包括祖父母、外祖父母、父母、子女、孙子女、外孙子女）、三代以内旁系血亲（包括伯叔姑舅姨、兄弟姐妹、堂兄弟姐妹、表兄弟姐妹、侄子女、甥子女）以及近姻亲关系（包括配偶的父母、配偶的兄弟姐妹及其配偶、子女的配偶及子女配偶的父母、三代以内旁系血亲的配偶） | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | | 本人承若以上登记表所属内容无虚假、不实、夸大之处，且未隐瞒对我应聘不利的事实或情况。如有虚报和瞒报，我愿意承担相应责任，中国人保财险江西分公司保留与本人解除劳动关系的权利。  应聘人签名： 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 初审意见 | | 经初步审核，应聘人员 （请注明符合或不符合）人员  招录条件。  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

说明：本表内容由应聘者本人填写，如有不实，应聘者承担失信责任。