附件2

漳州高新区卫生系统劳务派遣应聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身高 | cm | 出生年月 |  | 一寸近期免冠彩照 |
| 最高学历 |  | 工作年限 |  | 体重 | kg | 户籍地 |  |
| 毕业院校 |  | 婚姻状况 |  | 身份证号码 |  |
| 所学专业 |  | 生育状况 |  | 手机号码 |  |
| 学位 |  | 职称 |  | 职称专业 |  |
| 现住址 |  | 现供职单位 | 职位（职务）： |
| 常用EMAIL |  |
| 政治面貌 |  | 应聘岗位 |  |
| **教育情况** |
| 时间 | 学校 | 专业 | 全日制教育类型（本一、本二、其他） | 在职教育 |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| **工作简历** |
| 时间 | 工作单位及部门 | 职位 | 薪酬 | 离职原因 | 奖惩情况 |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |  |
| 年 月- 年 月 |  |  |  |  |  |
| **职业培训经历** |
| 培训内容 | 时间 | 所获证书 | 培训方式 | 说明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **个人能力简述** |
| （请尽量翔实陈述能够突出您符合所应聘岗位的能力、特长和竞争优势，避免遗漏重要信息） |
| **家庭成员及社会关系** |
| 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 住址 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **其它相关信息** |
| 是否有亲属在漳州高新区管委会工作，如有，请写明姓名、亲属关系、部门及职务；如没有，请填“否”。 |  |
| 是否与目前任职公司有服务期、竞业限制等约定，如有，请说明；如没有，请填写“否”。  |  |
| 是否患重大疾病或家族遗传病史，如有，请详细告知；如没有，请填写“否”。 |  |
| **本人承诺** |
| 以上所述内容无虚假。如有虚报或瞒报，本人愿意接受被无条件解雇及承担其它一切后果。应聘人：日期： |
| 复核意见 | 复核人签名：年 月 日 | 监督意见 | 监督人签名：年 月 日 |