附件1：

长兴文化旅游发展集团有限公司

求 职 登 记 表

登记日期： 年 月 日 应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | | | |  | | | | 出生年月 |  | | 民族 |  | | | 照片 |
| 籍贯 | |  | | | 政治面貌 | | | |  | | | | 婚姻状况 |  | | 子女 |  | | |
| 身高 | |  | | | 体重 | | | |  | | | | 视力 |  | | 健康状况 |  | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | 户口所在地 | | |  | | | | |
| 户口性质 | | □城镇 □农村 | | | | | 业余爱好 | | |  | | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 现住地址 | | | | |  | | | | | | | | | | | 文化程度 | |  | | |
| 外语语种及水平 | | | | |  | | | | | | | | | 技术特长及证书 | | | |  | | |
| 现工作  状态 | | □在职  □失业  □离退休 | | | 择业意向 | | | | 第一意向 | | | |  | | | 在本单位是否有在职亲属 | |  | | |
| 第二意向 | | | |  | | |
| 薪金及其他要求 | | | | |  | | | | | | |
| 若您被录用，何时能来上班？ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 称 呼 | | | | | 姓 名 | | | | | | 年 龄 | | 工作单位/就读学校 | | | | | 联 系 电 话 | |
| 家  庭  成  员 | 父亲 | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 母亲 | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 岳父（公公） | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 岳母（婆婆） | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 配偶 | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 子女 | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 个  人  简  历 | 起止时间 | | | | | | | | 单位名称 | | | | | 职务  （工种） | | 离职原因 | 证明人 | | | 联系电话 |
| 年 月 | | | 年 月 | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  |
|  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  |
|  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  |
|  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  |
| **备注：请于首行填写第一次参加工作的经历，可增添行数** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学  习  经  历 | 教育程度 | | | | 起止时间 | | | | | | | | | 学校名称 | | 教育性质及专业 | 证书 | | | 联系人及电话 |
| 年 月 | | | | 年 月 | | | | |
| 初中 | | | |  | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  |
| 高中 | | | |  | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  |
| 大学 | | | |  | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  |
|  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  |
| 培  训  经  历 | 培训时间 | | | | | | | 培训主题 | | | | | | | 培训证书 | | 培训机构 | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | |
| 是否已于前单位解除劳动关系 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 健康状况（请在相应位置打“√”表示） | | | | | | | | | | | 是 | | | 否 | | 如有，请详细说明 | | | | |
| 曾否患有严重疾病、受伤或接受手术治疗 | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | |
| 曾否患有传染性疾病 | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | |
| 是否残疾并持残疾证 | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | |

**本人承诺以上提供信息均为真实信息，如有虚假，愿承担一切因此而产生的后果。**

**本人签名： 日期：**