漳州卫生职业学院劳务派遣人员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生****年月** |  | **一寸免冠****彩照** |
| **籍贯** |  | **民族** |  | **户口****状况** | **农村 □****城镇 □** |
| **政治****面貌** |  | **身高** |  | **婚姻****状况** |  |
| **学历** |  | **学位** |  | **身份证****号码** |  |
| **有何****特长** |  | **健康****状况** |  | **应聘****岗位** |  |
| **毕业****院校** |  | **专业** |  |
| **家庭****住址** |  | **联系****电话** |  |
| **学习****简历（从初中起填不间断）** | **起止时间** | **就读学校** | **职务或专业** | **证明人** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作****简历** | **起止时间** | **工作单位** | **岗位及职务** | **证明人** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **获奖情况** | **获奖时间** | **获奖名称** | **颁奖单位** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家庭成员及主要社会关系** | **姓名** | **关系** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **其他** | **是否与其它单位签订劳动合同** | **是否服过兵役** | **缴交过各类社会保险名称** | **缴交类型** |
|  |  |  | **单位缴交****个人自付** |
| **其他需要说明的事项** |  |
| **审核意见** |  | **招聘单位意见** |  |
| **备注** | **本人承诺：以上信息真实有效，若有虚假不实之处，愿承担相应的法律责任和由此产生的一切后果。****承诺人签字：****年 月 日** |

**注：本表用A4纸双面打印**