**应聘人员登记及资格审查表**

招聘项目：祁门县卫生健康委员会劳务派遣人员

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性 别 | |  | | 民 族 | | |  | 一  寸  白  底  照  片 |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | | |  | | 健康状况 | |  | | 政治面貌 | | |  |
| 户籍所在地 | | |  | | 现居住  地 址 | |  | | | | | | |
| 学 历 | | |  | | 所 学  专 业 | |  | | | | 毕 业  时 间 | |  |
| 毕业院校 | | |  | | | | | | | | | | |
| 个  人  简  历 | 起止年月 | | | | 在何单位（学校） | | | | | | 任何职务 | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |
| 上一单位联系人及职务 | |  | | | 联系电话 | |  | | | | | | |
| 家 庭 主 要 成 员 | 姓 名 | | | 称 谓 | | 联 系 电 话 | | | | | 工 作 单 位 及 职 位 | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
| 兴趣爱好 | |  | | | | | | 其他技术职称 | |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | 求职意向 | |  | | | |
| **本人承诺：上述表格中所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。**  **申请人（签名）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |