**重庆全域肿瘤医院应聘登记表**

彩色照片

（可粘贴，可打印）

* **请务必真实、仔细、完整 填写此表中的内容，不得弄虚作假。**
* **请特别注意登记表中的“声明”及“相关信息确认”事项，并签字确认。**
* **请用“双面打印”的方式，打印此表。**

应聘岗位： 期望薪酬： （目前薪酬： ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\* 个人资料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | | |  | | 年龄 | |  | 民 族 | | | |  | |
| 职 称 | |  | | | 职称聘任时间 | | |  | | 最高学历 | | |  | | | | | |
| 最高学历专业 | |  | | | 最高学历毕业学校 | | |  | | 政治面貌 | | |  | | | | | |
| 婚姻状况 | |  | | | 首次参加工作日期 | | |  | | 身高 | | |  | 体重 | | | |  |
| 户口性质 | | 农村□ 城镇□ | | | 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | |
| 手 机 | |  | | | | | | 电子邮箱 | |  | | | | | | | | |
| 户籍所在地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现居住地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紧急情况联系人 | |  | | | 关 系 | | |  | | 电话 | | |  | | | | | |
| **\* 教育状况**（请由现在或最后之学历开始填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间  （年月） | | 学校名称 | | | | | 专业 | | | | 学历 | | 学位 | | 是否为全日制 | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | |  | | 是□ 否□ | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | |  | | 是□ 否□ | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | |  | | 是□ 否□ | | | |
| **\* 工作经历**（请由最近工作经历开始填写，行数不够可自行添加） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间  （年月） | 单位名称 | | | | | 职位/职务 | | | 直接上级姓名、职位及人力资源部电话 | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| **\* 家庭情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 关系 | | 工作单位 | | | | | | 职务 | | | 联系电话 | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |
| \***员工相关信息确认** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否与原单位解除劳动合同 | | | | □是 □否 | | | 是否与其他单位签订竞业禁止协议或保密协议 | | | | | | | | | □是 □否 | | |
| 是否有传染病、精神病或其他可能影响用人单位工作的病史 | | | | □是 □否 | | | 是否曾被列入失信人员黑名单 | | | | | | | | | □是 □否 | | |
| 是否从事过井下、高空、高温、特别繁重体力劳动以及有毒有害工种 | | | | □是 □否 | | | 是否曾被认定为工伤或职业病或持有残疾人证明 | | | | | | | | | □是 □否 | | |
| 是否有高些压、心脏病、心脑血管疾病或其他可能影响工作的病史 | | | | □是 □否 | | | 是否被劳动教养、拘役或依法追究刑事责任 | | | | | | | | | □是 □否 | | |
| 是否曾有过吸毒史或被治安处罚过 | | | | □是 □否 | | | 有是否与前用人单位有未尽的法律事宜 | | | | | | | | | □是 □否 | | |
| \***声 明** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1、本人声明此表填写各项资料属实，并同意接受医院对本人相关信息的调查，如有填写失实或隐瞒，将因此丧失受聘于医院之资格；如已录用，将按照严重违反医院录取雇用制度解除合同且不予于支付任何补偿金。**  **2、本人声明在填写本登记表时，已保证自己符合国家法定的劳动年龄标准，且与其他任何机构、经济组织、团体无劳动关系；若违反前述承诺，导致用人单位被行政、诉讼或仲裁追究有关经济责任的，所有责任均由本人承担。**  **3、本人声明入职时如有任何兼职行为（包括但不限于直销），应以书面形式向医院说明情况，未经医院书面同意，不得从事任何形式的兼职行为。**  **4、本人声明单位根据上述填报内容制作的文书本人予以认可，如单位依据上述居住地址进行相关信函送达后视为已履行送达义务，本人对该送达方式予以认可。**  **5、本人愿意接受就职前健康检查。本人亦明白上述资料如有更改，必须在三日内书面通知医院。**  **应聘人员签字： 签字日期：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |