附件

|  |
| --- |
| **应聘申请表** |
| 姓名 | 　 | 性别 | □男 □女 | 招聘信息来源渠道 | 　 |
| 出生日期 |   | 身高 |  CM  | 民族 | 　 | 籍贯 | 　 |
| 婚育状况 | □未婚□已婚未育□已婚已育□离异□丧偶 | 政治面貌 |  □清白 □党员 □团员 |
| 目前薪资 |  元/月 | 期望薪资 |  元/月 | 本人联系方式 | 　 |
| 紧急联系人 | 　 | 紧急联人联系方式 | 　 | QQ/微信/号邮箱 | 　 |
| 身份证号码 | 　 |
| 身份证地址 | 　 |
| 现住址 | 　 |
| 文件送达地址 | 　 |
| 工作/实习经历 | 时间 | 工作/实习单位全称 | 职位 | 直属上级 | 联系方式（座机） |
|  年 月- 年 月 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  年 月- 年 月 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  年 月- 年 月 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 教育/培训经历 | 时间 | 学校/培训机构全称 | 学制/专业 | 证明人 | 联系方式（座机） |
|  年 月- 年 月 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  年 月- 年 月 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  年 月- 年 月 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 家庭关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 联系方式 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 健康状况 | 我们和您一样关心健康问题，请如实填写：您有无慢性疾病/遗传疾病/手术经历/传染性疾病/或其他影响工作的疾病\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |