附件2

报名表

报名 部门 岗位 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  | 健康状况 |  | 最高学历 |  |
| 政治面貌 |  | 身高 |  | 婚姻状况 |  |
| 手机号码 |  | Email |  |
| 户籍地址 |  | 通讯地址 |  |
| 高中及以后学习经历 | 起止时间 | 学校名称 | 专业 | 学历/学位证书 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 工作单位 | 职务 | 月薪 | 离职原因 | 公司电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 培训经历 | 起止时间 | 培训机构 | 培训内容 | 获得证书 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭成员（指配偶、子女） | 姓名 | 年龄 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 紧急联系人姓名 |  | 是否愿意报考岗位调剂 🞎是 🞎否 |
| 紧急联系人电话 |  |
| 能否加班 |  | 能否出差 |  | 是否处于离职状态 |  | 是否服从调剂到同级岗位 |  |
| 应征者有无亲友在本公司工作 | □有□无 | 姓 名 |  | 职 务 |  | 与本人关系 |  |
| 本人所填上列各项属事实，若有不实或虚构，公司有权解除劳动合同并追究法律责任。签名：  |

相关证书证件证明材料附后: