重庆信息技术职业学院

应聘人员面试登记表

填表时间:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 感谢您关注重庆信息技术职业学院!请您逐一认真填写本表内容，保证全部内容符合您的实际情况，并在“声明”一栏中签名确认。您在应聘中提供的信息及资料，我们将严格保密。感谢您的合作! | | | | | | | | | | | | | |
| **声明：** | | | | | | | | | | | | | |
| **我确认在此登记表中填写的所有内容是真实且完整的。我理解，任何虚假成分可能导致取消被聘用的资格，或承担事后解除聘用的责任。** | | | | | | | | | | | | | |
| 签 名： 日 期： | | | | | | | | | | | | | |
| **一、个人资料** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | 出生年月 | |  | | | | 照片 | |
| 身 高 | |  | 体 重 | |  | 婚 否 | |  | | | |
| 毕业院校 | |  | 专 业 | |  | 学 位 | |  | | | |
| 毕业时间 | |  | 技术职称 | |  | 血 型 | |  | | | |
| 政治面貌 | |  | 最终学历 | |  | 民族 | |  | | | |
| 专业技能强项 | |  | | | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 户口所在地 | |  | | | | | 身份证号 | |  | | | | |
| E-mail | |  | | | | | 个人爱好 | |  | | | | |
| 联系地址 | |  | | | | |  | | 邮编 | |  | | |
| **二、应聘岗位：** 期望薪资： 可到岗时间： | | | | | | | | | | | | | |
| **三、教育/培训经历** | | | | | | | | | | | | | |
| 起止日期 | | 学校/培训机构名称 | | | | | 专业 | | 学位 | | 相关证明 | | |
|  | |  | | | | |  | |  | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| 担任学生干部情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| **四、工作经历** | | | | | | | | | | | | | |
| 起止日期 | | 工作单位名称 | | | | | 职位 | | 工资 | | 离职原因 | | |
|  | |  | | | | |  | |  | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| **五、家庭主要成员情况** | | | | | | | | | | | | | |
| 称谓 | 姓名 | | | 年龄 | 工作单位名称 | | | | | 职务 | | | 联系方式 |
|  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | |  | | |  |
| **六、请列举其他可能对您应聘该职位有利的相关信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 1本人从事临床工作多年，对内科疾病有较深的理解和诊疗经验，且有带教经验 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **七、请提供以下人员的联系方式，以便我们做背景调查** | | | | | | | | | | | | | |
| 第一单位名称（最近）： | | | | | | | | | | | | | |
| 总经理： 联系电话： 直接上级: 联系电话： | | | | | | | | | | | | | |
| HR负责人： 联系电话： 同事： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | |
| 第二单位名称（最近）： | | | | | | | | | | | | | |
| 总经理： 联系电话： 直接上级： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | |
| HR负责人： 联系电话： 同事： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | |
| 如您是女性，现在是否有身孕： □是 □否 | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有以下病症： | | | | | | | | | | | | | |
| □视力 □听觉 □说话 □肺病 | | | | | | | | | | | | | |
| □ 肝病 □精神病 □心脏病 □其他 | | | | | | | | | | | | | |