**嘉兴市德心健康咨询有限公司应聘人员报名登记表**

**岗位序号：** **应聘岗位:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | | | | | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 籍 贯 | |  | | 民 族 |  |
| 学 历 |  | 专 业 | |  | | 毕业学校 |  |
| 手机号码 |  | | | 现从事专业 | |  | 联系地址 |  |
| ***学习经历*** | | | | | | | | |
| 起止年月 | 学校名称 | | | | 所学专业 | | | 证明人及电话 |
|  |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |
| ***工作经历*** | | | | | | | | |
| 起止年月 | 单位 | | | | 职位 | | | 证明人及电话 |
|  |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |
| ***家庭成员*** | | | | | | | | |
| 称谓 | 姓名 | | | | 工作单位及职务 | | | 联系电话 |
|  |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |
| ***取得证书情况：*** | | | | | | | | |
| 证件名称 | 取得时间 | | | | 证件名称 | | | 取得时间 |
|  |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |
| 本人承诺，以上信息均与事实相符，若有虚假，即自愿取消应聘资格。  签名： 时 间： | | | | | | | | |