

漳州卫生职业学院劳务派遣人员登记表

姓名		性别		出生年月		近期一寸 免冠彩照
籍贯		民族		户口状况	农村 <input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/>	
政治面貌		身高		婚姻状况		
学历		学位		身份证号码		
有何特长		健康状况		应聘岗位		
毕业院校				专业		
家庭住址				联系电话		
学习 简历 (从初中起填 不间断)	起止时间	就读学校		职务或专业	证明人	
工作 简历	起止时间	工作单位		岗位及职务	证明人	

获奖情况	获奖时间	获奖名称	颁奖单位	
家庭成员及主要社会关系	姓名	关系	工作单位及职务	
其他	是否与其它单位签订劳动合同	是否服过兵役	缴交过各类社会保险名称	缴交类型
				单位缴交 <input type="checkbox"/> 个人自付 <input type="checkbox"/>
其他需要说明的事项				
审核意见			招聘单位意见	
备注	<p>本人承诺：以上信息真实有效，若有虚假不实之处，愿承担相应的法律责任和由此产生的一切后果。</p> <p style="text-align: right;">承诺人签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

注：本表用 A4 纸双面打印