**非事业编制人员应聘登记表**

　填表日期： 劳动合同编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 婚姻 | □已□未 | | 生育 | | □已□未 | 照  片 |
| 户 籍 | 省　　 市（县） 　区（镇）　　　路（乡）　 　　号（村） | | | | | | | | | | |
| 通信  地址 |  | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 出生日期 | |  | |
| 应聘部门  及岗位 | |  | | | | | | 岗位类别 | |  | |
| 是否有恐高症或传染性疾病 | | | | |  | | | 是否有高血压、心脏病史 | | | |  |
| 其它身体状况说明 | | | | |  | | | | | | | |
| 毕业学校及文化程度 | | | | |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 从  业  经  历 | (手工填入)  本人亲笔签字: | | | | | | | | | | | |
| 用人部门意见 | 负责人： 单位（盖章） | | | | | | | | | | | |

注：1.请务必如实填写健康状况及患病史，如有隐瞒，用工单位有权解除劳动合同，由此造成的损失或在岗期间发生的费用（包括医药费）由劳动者本人承担。劳动者的签字将视作已如实陈述健康状况并同意本条款中有关“隐瞒健康状况即由劳动者自行承担医药费等所有费用”的约定。

2.请务必如实填写从业经历，从业经历不实的，用工单位有权解除合同并由劳动者承担全部责任。

3.身份证、学历证、学位证、岗位证等复印件附后。