|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性別 |  | 民族 |  | 照片 |
| 曾用名 |  | 政治面貌 |  | 本人联系方式 |  |
| 身体状况 |  | 出生日期 |  | 户籍类型 | □城镇□农村 |
| 学历 |  | 身份证号码 |  | | | |
| 专业 |  | 毕业学校 |  | | | |
| 毕业时间 |  | 户口所在地 |  | | | |
| 籍贯 |  | 现住地址 |  | | | |
| 相关技能证书 |  | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 家庭背景 | | | | | | |
| 家庭成员 | 关系 | 联系电话 | | 工作单位 | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
| 根据本人自身情况如实填写 | | | | 打“√”选择 | | |
| 1 | 刑事犯罪记录。 | | | | □有 □无 | |
| 2 | 手术或慢性病、传染病、遗传病等历史 | | | | □有 □无 | |
| 如选择“有”.请说明以往病史 | | | | | |
| **本人承诺：对以上资料真实性负责，如査证虚假，愿意按辞退处理。由此造成的一切法律责任以及给公司造成的损失均由本人承担.** | | | | | | |

承诺人签字：

年 月 日