|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4： **个人基本情况申报表** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | |  | | | 政治面貌 |  | 出生时间 | | | | 年 月 日 | | 一寸免冠红底照片（最近一年） | |
| 性 别 | | |  | | | 民 族 |  | 政治面貌 | | | |  | |
| 学 历 | | |  | | | 婚 否 |  | 来院时间 | | | | 年 月 日 | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | 户籍类型 | 城镇（ ）;农村（ ） | | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | |
| 现 住 址 | | |  | | | | 邮箱号 | | | | |  | |
| 手机号码 | | |  | | | | 紧急联系人电话（两人） | | | | |  | | | |
| 参加养老保险 | | | | 是（ ）；否（ ） | | | 参加时间 | 年 月 | | | | 人事劳动档案存放地 | | |  |
| 参加医疗保险 | | | | 是（ ）；否（ ） | | | 年 月 | | | |
| 参加工伤保险 | | | | 是（ ）；否（ ） | | | 年 月 | | | |
| 个人简历 | 起止时间 | | | | | | 何部门（学校）工作（学习） | | | | | | | | 担任职务 |
| 年 月- 年 月 | | | | | |  | | | | | | | |  |
| 年 月- 年 月 | | | | | |  | | | | | | | |  |
| 年 月- 年 月 | | | | | |  | | | | | | | |  |
| 入职须知 | 离职时间 | | | |  | | | | | 离职手续办理 | | 是（ ）；否（ ） | | | |
| 是否与前用人单位约定了保密协议与限制条款：是（ ）；否（ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否与前用人单位有未尽的法律事宜：是（ ）；否（ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | 1 | 是否有：行动、语言、视力、听力等神经系统障碍；脊柱、胸廓、五官、四肢、手指、足趾畸形或缺失。 | | | | | | | | | | | | | 是（　）否（　） |
| 2 | 是否有：反复头晕、头疼、眩晕、晕厥、心悸、肢体麻木、咳血、呕血、烦渴等症状。 | | | | | | | | | | | | | 是（　）否（　） |
| 3 | 是否有：糖尿病、高血压、冠心病、心肌炎及其他心血管系统疾病。 | | | | | | | | | | | | | 是（　）否（　） |
| 4 | 是否有：病毒性肝炎、结核病及其他传染病；癫痫、抑郁症、焦虑症及精神类疾病；药物滥用成瘾。 | | | | | | | | | | | | | 是（　）否（　） |
| 5 | 此前是否因工负伤及外伤史。 | | | | | | | | | | | | | 是（　）否（　） |
| 6 | 女性补充告知：目前是否怀孕。 | | | | | | | | | | | | | 是（　）否（　） |
| **家庭成员** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 与本人关系 | | | | 配偶 | | 子女 | 子女 | | 父亲 | | 母亲 | |  | | |
| 姓名 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |
| 联系电话 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |
| 单位 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |
| 职务 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |
| 特别  声明 | | | | **1、本人是（　）否（　）受过刑事处罚、行政拘留。**  **2、填写人保证申报表中内容全部真实可靠并系本人认真阅读填写。签名处须由本人签署，切勿代笔。如因填写不实导致本人权益受损，责任由本人自行承担。**  **3、以上一切信息均属实，本人保证提供的身份证、毕业证、专业人员职业证书等证件真实有效，如因本人提供虚假信息或隐瞒事实而导致的一切后果，本人知情且自愿承担全部责任。**  **4、本人知晓登记表所填的全部内容，愿意服从本单位的管理并遵守规章制度。** | | | | | | | | | | | |
| 备注 | | | |  | | | | | | | | | | | |

审核人（签字）： 申报人（签字）：

年 月 日