

有无身体机能障碍或疾病	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 色盲 <input type="checkbox"/> 肢 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 目 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 开放性肺结核病 <input type="checkbox"/> 传染病 <input type="checkbox"/> 职业病
-------------	----------------------------	---

家庭成员（填写直系亲属）

关系	姓名	工作单位	职务	住址	电话

有无亲戚在公司工作 有 无 （有，请填写下栏）

姓名	关系	姓名	关系	姓名	关系

紧急联络人	关系	住址	电话

享受原单位福利状况			
-----------	--	--	--

劳动关系现状		人事档案保管处	
--------	--	---------	--

期望待遇(税前)	试用期: 元/月 转正后: 元/月	接录用通知后_____日到岗
----------	------------------------------------	----------------

申明：本人如实填写上述内容，如有虚假，本人愿承担一切法律责任。

申请人签字: 日期: _____

本公司可否与您前任单位联络？（将在您同意后才联络） 可 否

