附件 1

黑龙江八一农垦大学社会务工人员聘用审批表(工勤)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 | | | |  | | | 政治面貌 | | | |  | | | | （照片） | | |
| 婚姻状况 |  | | 民族 |  | | 文化程度 | | | |  | | | 联系方式 | | | |  | | | |
| 户口所在地 |  | | | | | | | | | 身份证号 | | |  | | | | | | | |
| 现详细住址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 与其他单位是否存在劳动关系 | | | | | | | | | | | | | □ 是 □ 否 | | | | | | | |
| 原工作单位 |  | | | | | | | | | | | | 原专业技术职务  （工人技术等级） | | | | | | | |  | | |
| 是否参加社会保险 | | 养老保险、医疗保险、工伤保险、生育保险、失业保险，其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紧急联络人 |  | | | 联系地址 | | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 工 作 经 历 | 年 月—年 月 | | | 务工部门 | | | | | 工种或岗位 | | | | | | 是否签订合同 | | | | | | 证明人 | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |
| 健康状况 | （有无重大病史:传染性疾病如甲肝、肺结核；严重高血压、高血脂、心脏病等心脑血管性疾 病，癫痫、精神性疾病等；如有请具体写出疾病名称、患病时间） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 填表声明 | **声明：本人对上述所填写内容的真实性负全部责任。**  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **以下为用工单位填写** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作岗位 |  | 用工  类型 | | □全日制  □非全日制 | | | | 工资  标准 | | |  | 专业或 工种 | |  | | | | 岗位是  否涉密 | | □是  □否 | | 是否值 晚班 | □是  □否 |
| 具体工作 任务及要求 | （工作要求填写：工作内容、年龄、性别、文化程度、技术证书及其他特殊要求） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聘用期限 | 自 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 劳务  派遣  机构  意见 | 负责人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | 用工  单位  意见 | | | | 负责人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | 人事  部门  审核  意见 | | | 负责人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | |

此表一式三份，一份用人单位保留、一份人事处存档、一份交劳务派遣机构（如为劳务派遣人员）。 填表说明：此表前半部分由社会务工人员本人如实填写，各项目须填写完整，并亲笔签名。