和田县人民医院工作人员资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 政 治  面 貌 |  |  |
| 出 生  年 月 |  | 联 系  方 式 |  | | 学 历 |  | |
| 身 份  证 号 |  | | | | 毕业院校及专业 |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员关系 | 姓名 | 与本人关系 | 政治  面貌 | 身份证号 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  | |  | | |
| 相应  栏打  钩并  签名 | 1.婚姻状况：🞎未婚、🞎已婚、🞎离婚、🞎再婚。2.违反计划生育：🞎是🞎否。3.生育状况：🞎一孩、🞎二孩、🞎三孩、🞎四孩。4.违反法律法规：🞎是🞎否。  本人承诺签名： | | | | | | | |
| 村（社  区党  组织  意见） | 1.违反法律法规：🞎是🞎否。2.违反计划生育：🞎是🞎否。  党支部书记签署意见：  年 月 日 | | | | | | | |
| 派出  所意  见 | 1. 违反法律法规：🞎是🞎否。2.违反计划生育：🞎是🞎否。   签署意见并盖章：  年 月 日 | | | | | | | |

备注：1、填表人要如实对本人及亲属情况进行填写，姓名必须与身份证保持一致，不得隐瞒、弄虚作假；2、相关单位请认真对以上个人及亲属的情况进行核实，如实反馈意见，并由由核查人签字，加盖单位公章。表格填不完的可另附纸张。