**喀什地区第二人民医院面向社会公开招录政治审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | 　 | 性  别 | 　 | 族  别 | 　 | 照片 |
| 学  历 | 　 | 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 毕业时间 | 　 | 婚  否 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 家庭住址 |   |
| 家庭主要成员情况(包括配偶、子女、父母、兄弟姐妹) | 姓  名 | 与本人关  系 | 身份证号码 | 工作单位及职务 | 政治  面貌 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   | 　 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 奖  惩 情  况 | 　 |
| 所在乡镇、社区意见 | 负责人（签名）：　         单位（盖章）        年   月   日 |
| 有无违反计划生育情况 | 社区计划生育办公室（签名）：   单位（盖章）       年   月   日 |
| 户口所在地派出所政审意见 | 负责人（签名）：　        单位（盖章）        年   月   日 |
| 身份核查情况 | 医院后勤保障中心主任（签名）：                年   月   日 |