**疏勒县人民医院面向社会公开招录工作人员政治审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　 |
| 有无违反计划生育情况 | 辖社区计划生育办公室负责人（签名）： 单位（盖章） ： 年 月 日 |
| 户口所在地派出所意见 | 负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日 |