**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 | | | | | | |