附件

三明市医疗卫生领域人才租房补贴申请表

 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 一寸彩色(相片) |
| 籍贯或出生地 |  | 户籍所在地 |  | 参加工作时间 |  |
| 婚姻状况 |  | 聘用单位 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 学历学位 |  |
| 身份证号码 |  | 手机 |  |
| 申请人工作经历(起止时间、工作单位及岗位、职务等，从大学填起) |  |
| 申请人配偶姓名 |  | 出生年月 |  | 工作单位 |  |
| 申请人子女一姓名 |  | 出生年月 |  | 工作(学习)单位 |  |
| 申请人子女二姓名 |  | 出生年月 |  | 工作(学习)单位 |  |
| 申请人子女三姓名 |  | 出生年月 |  | 工作(学习)单位 |  |
| 申请人是否承诺在明服务不少于10年 |  | 申请人工作所在地辖区范围内有无住房 |  | 引进时是否符合最新的省、市人才需求目录医疗卫生专业人才 |  |
| 是否享受人才房奖励： 是否购买限价商品房：是否享受购房补助： 是否申请免租金人才公寓： |
| 租房补贴标准 | 符合第 条 元/月。 |
| 申请补贴起止时间 | 年 月至 年 月 | 补贴金额(元) |  |
| 用人单位意见 | (盖章)年 月 日 |