厦门大学附属心血管病医院非本院员工宿舍申请单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 性别 |  | | 人员  性质 |  | 联系电话 |  |
| 婚姻  状况 |  | | 在院  时间 | - | 所属单位 |  |
| 本人需求意向 | | □仁和公寓 | | | | |
| 是否无房 | | □无 □有（岛内） □有（岛外）  需附《厦门市城镇房屋权属登记查询结果证明》（一式两份） | | | | |
| 是否服从组织安排：  □是 □否 | | | | 本人已知晓医院有关住房管理规定的所有内容，并声明严格遵守医院各项住房管理规章制度。  申请人： 年 月 日 | | |
| 资格审核意见（归属科室） | | | | 经办人： 年 月 日 | | |
| 科主任： 年 月 日 | | |
| 配租结果（保障保卫部） | | | | 经办人： 年 月 日 | | |
| 科主任： 年 月 日 | | |