**杭州市卫生健康委青年医务人员专项公租房申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  信  息 | 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | | | | 身份证号码 | | |  | | |
| 最高学历/学位 | |  | | | | 毕业时间 | | 年 月 | | | | 手机号码 | | |  | | |
| 婚姻状况 | | □ 已婚 □未婚 □离异 □丧偶 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户口所在地址 | | |  | | | | | | | | | | | | 是否集体户口 | |  |
| 入本市区户籍时间 | | | 年 月 | | | | | | | 职务/职称 | | | |  | | | |
| 工作单位全称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否符合杭州市ABCDE类人才 | | | | |  | | 符合理由 | | |  | | | | | | | |
| 工作情况 | | | 现工作岗位 | | | | | | |  | | | 参加工作时间 | | | 年 月 | |
| 到本单位时间 | | | | | | | 年 月 | | | 是否值夜班 | | |  | |
| 聘用（劳动）合同起始时间 | | | | | | | 年 月至 年 月 | | | | | | | |
| 配偶姓名 | | 身份证号码 | | | | | 手机号码 | | | | 工作单位 | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 子女姓名 | | 身份证号码 | | | | | 手机号码 | | | | 所在学校或工作单位 | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 所有申请人数 | | 共 人 （包括申请人、配偶、子女） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现居住地地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人具结书**  **1.本人符合《2020年杭州市卫生健康委系统青年医务人员专项公租房配租受理通告》中的配租准入条件，未签约购置期房，未享受高层次人才购房补贴、租赁补贴。本人及配偶承诺自提交申请材料到确认配租资格期间，不申请其他保障性住房。**  **2.本人及配偶已阅读了填表与提交材料须知，同意由行政主管部门将所有申请材料保留存档，同时授权该单位到相关单位进**  **行核实审查，并承诺遵照《杭州市公共租赁住房建设租赁管理暂行办法》、《杭州市区公共租赁住房租赁管理实施细则（试行）》文件及用人单位有关公租房管理等相关规定，对填报内容和所有申请材料的真实性、有效性负责。**  **以上具结内容如有虚假，愿承担由此产生的一切责任，并接受有关部门的处理。**  申请人签名： 申请人配偶签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请房源地块 | | 丁桥兰苑 | | | | | | | | 申请类型 | | □成套二居室 □成套三居室 | | | | | | |
| **申请人所在单位审核意见：**  （盖章处）  年 月 日 | | | | | **配偶所在单位审核意见：**    （盖章处）  年 月 日 | | | | | | | **市卫生健康委复核意见：**  （盖章处）  年 月 日 | | | | | | |