|  |
| --- |
| **兰州大学附属学校入学资格审核表** |
|  编号：  |  |
| 教职工基本信息 |
| 姓 名 |  | 所在单位及部门 |  |
| 工作证号 |  | 联系电话 |  |
| 人员类别 |  |
| 二代子女基本信息 |
| 子女姓名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 与教职工关系 |  |
| 户籍地址 |  |
| 所在医院处室审核意见 | 所在医院人事部门审核意见 |
|  年 月 日 公章 |  年 月 日公章 |
| 基础教育管理中心审批意见 |
|  年 月 日公章 |

注：此表仅适用于两所医院事业编在岗教职工，证明材料原件由所在医院人事处审核后收复印件，一式两份统一报送兰州大学基础教育管理中心审批备案。