**附件4： 南京医科大学处级女干部、女高职退休信息确认表**

所在单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 |  | | 籍贯 |  |
| 民族 |  | 现专业技  术职称 |  | | 现管理  职务 |  |
| 政治  面貌 |  | 参加工  作时间 |  | | 来校工  作时间 |  |
| 岗位  类别 | ☐专任教师 ☐其他专技人员 ☐管理人员 | | | | | |
| 家庭  住址及邮编 |  | | | 手机号码 | |  |
| 本人  意见 | 本人自愿选择年满（ ）周岁时退休（ 请填写“五十五”或“六十” ）。如选择五十五周岁退休，请勾选并提供证书、独生子女证及其他相关材料原件和复印件一份（详见《退休材料报送口径一览表》）。  □劳动模范、先进工作者等有突出贡献人员 □高级专家  □省哲学社会科学成果一、二等奖获得者 □高校教师  □独生子女父母 □归侨    本人意见： 。  本人签字：  年　　月　　日 | | | | | |
| 所在  二级  单位  意见 | 意见： 意见：  所在医院人事部门负责人签字： 负责人签字：  年 月 日（盖章） 年 月 日（盖章） | | | | | |
| 人事  部门  意见 | 负责人签字：  年　 月　 日（盖章） | | | | | |