山东省省管社会组织负责人候选人审核表

**社会组织名称： 填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | |  | |
| 出生年月 |  | | 民 族 | | |  | |
| 政治面貌 |  | | 国 籍 | | |  | |
| 健康状况 |  | | 学历学位 | | |  | |
| 联系电话 |  | | 身份证号码 | | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 拟任社会组织职务 |  | | | 兼职专职 | | |  | | |
| 其他  社会职务 |  | | | | | | 本人签字 | |  |
| **本人主要经历** | | | | | | | | | |
| 何年月至何年月 | | 在何地何单位任何职务  证明人、时任职务、联系电话 | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| **所在单位意见** | | | | | **社会组织意见（新成立的，拟任法定代表人签字）** | | | | |
| 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | |