上海师范大学退休教职工登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 籍贯 |  | | 照片 |
| 出 生  年 月 | 年 月 | | | 参加工作年 月 | | 年 月 | | |
| 退 休  年 月 | 年 月 | | 政治  面貌 |  | | 文化  程度 |  | |
| 原工作部 门 |  | | | 职务（称）  级别、工种 | | |  | | |
| 毕 业  院 校 |  | | | | | | | | |
| 身份证号 码 |  | | | | | | | | |
| 健 康  情 况  （主要疾病） |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 联 系  方 式 | 现居住  地 址 |  | | | | | | | |
| 邮编 |  | | 住宅  电话 |  | | | 手机 |  |
| 直系亲属姓名 | 关系 | | 固定电话 | | | | 手机 | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |

**注：**

1. 请在退休后的第二个月内，去离退休工作部（处）申办补充医疗基金申请；
2. 务必请详细填写此表，建立个人资料管理档案；
3. 此后联系地址如有变更，应及时通知更正。