

附件 2

考生体检信息表

姓名		性别		出生年月		2 寸 照 片	
民族		婚姻状况		籍贯			
文化程度		联系电话					
职业		工作单位 (毕业院校)					
报考职位		身份证号					
请本人如实详细填写下列项目 (在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负)							
病名	有	无	治愈时间	病名	有	无	治愈时间
高血压病				糖尿病			
心脏病				甲亢			
支气管扩张				神经官能症			
支气管哮喘				吸毒史			
神经系统疾病				严重消化系统疾病			
精神病				结核病			
癫痫				性病			
胰腺疾病				恶性肿瘤			
急慢性肾炎				手术史			
急慢性肝炎				严重外伤史			
结缔组织病				其他			
备注							
受检者签字:				体检日期:	年	月	日

注: 1. 本表由考生下载打印并填写(用黑色签字笔或者钢笔), 要求字迹清楚, 无涂改, 病史部分要如实、逐项填齐, 不能遗漏; 2. 贴上本人近期 2 寸彩色免冠标准证件照片 1 张; 3. 体检日期按体检当日填写; 4. 女士若处于生理期或孕期请务必在备注栏注明。