

姓名		性别		出生年月		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