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