

## 附件2

|   |                  |                |      |          |   |           |      |
|---|------------------|----------------|------|----------|---|-----------|------|
| 姓名  |                  | 性别             |      | 出生年月     |   | 贴近期2寸免冠照片 |      |
| 民族  |                  | 婚姻状况           |      | 籍贯       |   |           |      |
| 文化程度  |                  | 联系电话           |      |          |   |           |      |
| 职业  |                  | 工作单位<br>(毕业院校) |      |          |   |           |      |
| 报考职位  |                  | 身份证号           |      |          |   |           |      |
| <p><b>请本人如实详细填写下列项目</b><br/>(在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负)</p> |                  |                |      |          |   |           |      |
| 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: 2024年5月11日 |                |      |          |   |           |      |