

附件 3:

| | | | | | | | |
|--|---|------|------|-------|---|--------|------|
| 姓 名 | | 性 别 | | 出生年月 | | 照 片 | |
| 民 族 | | 婚姻状况 | | 籍 贯 | | | |
| 文化程度 | | 应聘单位 | | | | | |
| 职 业 | | 应聘岗位 | | | | | |
| 联系电话 | | 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 | | | |
| 冠心病 | | | | 甲亢 | | | |
| 风心病 | | | | 贫血 | | | |
| 先心病 | | | | 癫痫 | | | |
| 心肌病 | | | | 精神病 | | | |
| 支气管扩张 | | | | 神经官能症 | | | |
| 支气管哮喘 | | | | 吸毒史 | | | |
| 肺气肿 | | | | 急慢性肝炎 | | | |
| 消化性溃疡 | | | | 结核病 | | | |
| 肝硬化 | | | | 性传播疾病 | | | |
| 胰腺疾病 | | | | 恶性肿瘤 | | | |
| 急慢性肾炎 | | | | 手术史 | | | |
| 肾功能不全 | | | | 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 | | | | | | | |