

附件 1:

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							