附件1

**山西省2023年报考免费医学定向考生资格审查表**

 市 县（市、区） 考生号2314

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月日 | 　 | 考生类别 | 　 |
|
| 毕业学校 | 　 | 户籍类型 | 　 | 学 籍注册号 | 　 |
|
| 现户籍所在派出所 | 　 | 是否具有本地连续3年户籍 | 　 | 身份证号 码 | 　 |
|
| 现 学 习 单 位或详细通讯地址 | 　 | 联 系电 话 | 　 |
|
| 本人简历 | 自何年何月 | 至何年何月 | 在何地何单位学习及职务 | 证明人 |
| 校长 | 班主任 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **考生父母（或法定监护人）户籍情况** |
| 姓名 | 称 呼 | 乡村 | 户籍所在地派出所 | 身份证号码 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 责任承诺 | 我已熟知国家2023年农村订单定向免费本科医学生招生政策，对以上填报的内容及提供材料的真实性、有效性负责，如有虚假，愿承担一切后果。 考生 父母（或法定监护人） 年 月 日 |
|
|
|
|
| 公安部门审查意见 | 审核人 年 　 月 日（章） |
|
|
|
|
| 县教育局招生部门审核意见 |  该生符合《山西省招生考试管理中心关于做好2023年农村订单定向免费本科医学生招生培养工作有关事项的通知》中的招收免费医学定向生报名条件。 审核人 年 月 　 日（章） |
|
|
|
|

说明：此表必须由考生本人如实填写，相关部门审核签字。个人简历部分填写初级中等教育阶段和高级中等教育阶段。