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。