

附件：

山西省 2024 年报考免费医学定向考生资格审查表

市		县（市、区）		考生号 2414			
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 2024 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 2024 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。