

山西省 2026 年报考农村订单定向免费医学生资格审查表

市 _____ 县（市、区）		考生号 2614					
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	<p style="text-align: center;">我已熟知国家 2026 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、准确性负责，如有虚假，愿承担一切后果。</p> <p style="text-align: center;">考生_____父母（或法定监护人）_____ 年 月 日</p>						
公安部门 审查意见	审核人_____ 年 月 日（章）						
县教育局、 招考机构 审核意见	<p style="text-align: center;">该生符合《山西省招生考试管理中心关于做好 2026 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》中的招收农村订单定向免费医学生报名条件。</p> <p style="text-align: center;">审核人_____ 年 月 日（章）</p>						

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。