

附件 2

2024 年宣城市事业单位市县联动引进急需紧缺专业人才体检确认表

抽签号：

姓 名		性 别		出生年月		照 片	
民 族		婚姻状况		籍 贯			
文化程度		联系电话					
职 业		工作单位 (毕业院校)					
报考岗位 代码		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