附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 政府专职消防员合同签订政治考核表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 曾 用 名 | | |  | | | 性 别 | | | |  | | |  | |
| 出生日期 |  | | | 政治面貌 | | |  | | | 民 族 | | | |  | | |
| 宗教信仰 |  | | | 文化程度 | | |  | | | 婚姻状况 | | | |  | | |
| 毕业（就  读）学校 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居民身份  号 码 |  | | | | | | 职业资格证书  名称及等级 | | |  | | | | | | | | |
| 户 籍  所 在 地 |  | | | | | | | | | 工作单位 | | | |  | | | | |
| 经常  居 住 地 |  | | | | | | | | |
| 本人手机及 家庭电话 | | | |  | | | | |
| 通信地址  及 邮 编 |  | | | | | | | | |
| 主要经历 | 起止时间 | | | | 就读学校或所在单位 | | | | 职 业 | | | | | | 证明人及联系电话 | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| 奖惩情况 | 有此类情况□ 无此类情况□ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩时间 | | | | 奖惩名称 | | | | 奖惩批准单位 | | | | | | 奖惩原因 | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| 出国（境）  情况 | 有此类情况□ 无此类情况□ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | | 所到国家或者地区 | | | | 事 由 | | | | | | 证明人及联系电话 | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| 家庭成员  情 况 | 称 谓 | 姓 名 | | | | 公民身份号码 | | | | | | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 配偶的父母、未共同生活的兄弟姐妹  情 况 | 称 谓 | 姓 名 | | | | 公民身份号码 | | | | | | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 本人、家庭成员移居  国（境）外  情况 | 有此类情况□ 无此类情况□ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 移居国家（地区）及现居住城市 | | | | | 移居证件号码 | | | | 移居类别 | | | | | | 移居时间 |
|  | |  | | | | |  | | | | 外国国籍 □  永久居留权 □  长期居留许可□ | | | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | | 外国国籍 □  永久居留权 □  长期居留许可□ | | | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | | 外国国籍 □  永久居留权 □  长期居留许可□ | | | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | | 外国国籍 □  永久居留权 □  长期居留许可□ | | | | | |  |
| 备注： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员、配偶的父母、未共同生活的兄弟姐妹受纪律处分和刑事处罚等情况 | 有此类情况□ 无此类情况□ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 称 谓 | 姓 名 | | | | 惩处时间 | | | | | 惩处名称 | | | | | 惩处单位及原因 | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| 本人承诺以上内容属实，如有隐瞒或者不实，本人自愿承担相关责任。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （以上内容由政治考核对象本人填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 村（居）委会  或学校考核意见 | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 |
| 户籍所在地或  常住地公安派出所政治考核意见 | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 |
| 大队考核  结论意见 | （大队盖章）  负责人签名： 年 月 日 |

附件2

体格检查表

**姓 名：**

**丹江口市消防勤务中心制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | 男 | 出生日期 |  |  |
| 文化程度 | |  | | 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 职 业 | |  | | 公民身份  号 码  号 码 |  | | |
| 毕业学校或工作单位 | | | |  | | | | |
| 现住址 | |  | | | | | | |
| 外  科 | 身高 cm 体重 kg 签名： | | | | | | | 医师意见  签名： |
| 病 史 | |  | | | | |
| 头颈部 | |  | | 脊 柱 |  | |
| 胸、腹部 | |  | | 四肢关节 |  | |
| 泌尿、生殖 | |  | | 肛 门 |  | |
| 皮肤、文身 | |  | | 其 他 |  | |
| 内  科 | 血压 mmHg 签名： 口吃 签名： | | | | | | | 医师意见  签名： |
| 病 史 | |  | | | | |
| 心脏 | | 心率 次/分 | | | | |
| 肺 | |  | | 腹 部 |  | |
| 神经 | |  | | 其 他 |  | |
| 眼  科 | 右眼 | | 裸眼视力 矫正视力 矫正度数 | | | | | 医师意见  签名： |
| 左眼 | | 裸眼视力 矫正视力 矫正度数 | | | | |
| 色觉 | | 正常 色弱 色盲 单色识别能力正常 | | | | |
| 病史 | |  | | | | |
| 眼病 | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳  鼻  咽  喉  科 | 听 力 | 右耳 m 左耳 m | 嗅觉 | □正常 □迟钝□丧失 | 签名： |
| 病 史 |  | | | 医师意见  签名： |
| 耳 |  | | |
| 鼻 |  | | |
| 咽 喉 |  | | |
| 耳气压功能 鼓膜情况 | | | |
| 口  腔  科 | 龋齿 牙周炎 咬 | | | | 医师意见  签名：  签名 |
| 缺齿 牙列不齐 其他 | | | |
| 实  验  室  检  查 | 血常规： | | | | 签名： |
| ALT CR UREA | | | |
| HBsAg HIV抗体 | | | |
| 尿常规： | | | |
| 尿沉淀镜检： | | | |
| 尿毒品 尿HCG （血清HCG­） | | | |
| 粪便常规 | | | |

报告单粘贴处

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 胸部X光射线 | |  | 医师意见  签名： |
| 心 电 图 | |  | 医师意见  签名 |
| 腹 部 B超 | |  | 医师意见  签名 |
| 妇 科 B超 | |  |
| 妇  科 | 病 史 |  | 医师意见  签名： |
| 疾 病 |  |
| 月经史 | 初潮 末次月经 |
| 主检医师意见 | | 主检医师签名：  年 月 日 | |
| 体检结果及结论 | | 勤务中心  年 月 日 | |
| 备 注 | |  | |

附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 既往病史承诺书 | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 出生年月 |  | 性别 | 男 |  |
| 学历 |  | | 联系电话 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | 专业类别 |  | |
| 请本人如实填写下列项目 （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 | 是否治愈及治愈时间 | 病名 | 有 | 无 | 是否治愈及治愈时间 |
| 高血压 |  |  |  | 糖尿病 |  |  |  |
| 冠心病 |  |  |  | 甲亢 |  |  |  |
| 风心病 |  |  |  | 贫血 |  |  |  |
| 失心病 |  |  |  | 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 |  |  |  | 性传播性疾病 |  |  |  |
| 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 |  | | | | | | |
| 本人承诺以上信息真实有效，如故意隐瞒由本人承担一切后果。  本人签字：  日期： | | | | | | | |