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： |