附件1

政府专职消防员报名登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 党团时间 |  | 文化程度 |  |
| 证件名称、号码 |  |
| 是否服兵役 |  | 家庭住址 |  |
| 个人简历 |  |
| 社会关系（直系亲属） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 个人特长 |  |
| 是否服从分配 | □是  | □否 | 联系电话 |  |

附件2

政府专职消防员体格检查表

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 性别 出生 年 月 日民 族 婚否 籍贯 现住址 省(市自治区) 县(区) 乡(街道) 村(号) | 照片 |
| 眼科 | 裸眼视力 | 左 右 检查者签名  | 色觉检查 | 单色识别能力: 色觉 检查者签名  | 医师意见:签名: |
| 病史 |  |
| 眼病 |  |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳 米 右耳 米检查者签名  | 嗅觉 |  检查者签名  | 医师意见：签名 |
| 病史 |  |
| 耳病 |  |
| 鼻病 |  |
| 咽喉病 |  |
| 耳气压功能: 鼓膜情况: |
| 口腔科 | 龋齿 牙周病 开牙合、超牙合、深复牙合 | 医师意见： 签名 |
| 缺齿 牙列不齐 | 其他口腔疾病： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外科 | 身长 厘米，体重 千克，检查者签名  | 医师意见：签名： |
| 病史 |
| 头颈 | 淋巴 |
| 四肢关节 | 脊柱 |
| 胸、腹 | 泌尿生殖 |
| 肛门 | 皮肤、性病 |
| 其他 |
| 内科 | 血压 千克，心率 次/分，检查者签名  | 医师意见：签名： |
| 病史 |
| 肺部 | 心血管 |
| 腹部 | 肝、脾 |
| 精神、神经 |
| 其他 |
| 辅助检查 | 此栏粘贴各种检查报告单，血、尿常规、肝功能、肾功能、乙肝两对半、相关肿瘤因子检测、全腹部B超、心电图等 |
| 主检医师意见 | 主检医师签名： 年 月 日 | 承检医院意见 | （盖 章）年 月 日 |
| 备注 |  |

附件3

|  |
| --- |
| 政府专职消防员招聘政治考核表 |
| 姓 名 |  | 曾 用 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 民 族 |  |
| 宗教信仰 |  | 户籍类别 |  | 婚姻状况 |  |
| 毕业（就读）学校 |  | 文化程度 |  |
| 居民身份号 码 |  | 职业资格证书名称及等级 |  |
| 户 籍所 在 地 |  | 经常居 住 地 |  |
| 通信地址 |  | 本人手机及家庭电话 |  |
| 主要经历 | 起止时间 所在学校或单位 职 业 证明人 |
| 奖惩情况 | 奖惩名称 奖惩时间 奖惩单位 奖惩原因 |
| 家庭成员情 况 | 称 谓 姓 名 公民身份号码 工作单位及职务 |
| 主要社会成员关系情 况 | 称 谓 姓 名 公民身份号码 工作单位及职务 |
| 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 |
| 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 |
| 政治考核结论意见 | （单位盖章）负责人签名： 年 月 日 |