

山 年 报 农 单定向免 医学 审

市 县（市、区） 号									
姓 名		性别		出 年 日		学 册号		别	
业学		户 型				学 册号			
户 所 在 出所		否具 地 3 年户				份 号			
学 习 单 位 或 地 址									
人 历	何年何	何年何	在何地何单位学习及 务				明人		
								主任	
(或 定 护人) 户 情况									
姓名	呼	乡	户 所在地 出所				份 号		
任承	我已 国家 年农 单定向免 医学 招 政 ，对以上填报 内容及提供 料 实性、 效性 ，如 假，愿承担一切后 。 (或 定 护人) 年 日								
公安 审 意	审 人 年 日 ()								
县教 局 招 审 意	合《山 招 中心关于做好 2025 年农 单定向免 医学 学 招 培养工作 关事 》中 招收农 单定向免 医学 报名 件。 审 人 年 日 ()								

明： 必 人如实填写， 关 审 字。个人 历 分填写初 中 教 和 中 教 。