

2024年谯城区老年学校（大学）工作人员特设 岗位公开招聘拟入围递补人员体检通知表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		相 片
岗位		身份证号					联系电话			
既往病史（本人 如实填写）										
五官科	裸眼视力	右	矫正视力	右	矫正度数	右	医师意见：			
		左		左		左				
	辨色力				眼病					
	听力	左耳	米	右耳	米	签名：				
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦					
	面部				咽喉					
	口腔唇腭				齿					
	其它									
外科	身高	Cm		体重	Kg		医师意见：			
	淋巴			脊柱						
	四肢			关节						
	皮肤			颈部						
	其它						签名：			

（粘贴检查单处）

内科	营养状况		医师意见： 签名：
	血 压		
	心脏及血管		
	呼吸系统		
	腹部器官		
	神经及精神		
	其它		
心 电 图			签名：
实验室检查	血常规		签名：
	尿常规		签名：
	转氨酶		签名：
胸 部 透 视			签名：
体检结论	负责医师签字：		
体检医院 意 见	体检医院公章 年 月 日		

说明：负责医师作体检结论要填写“合格”、“不合格”两种结论，并说明原因。