附件1

湖北省农村订单定向免费医学生资格申报表

                 市（州）       县（市、区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** |  | **出生年月** | |  | **报名号** |  |
| 首选科目 | | □物理 | | | | 再选科目 | | □化学 | |
| 毕业学校 | |  | | | 家庭住址 | |  | | |
| 父亲或母亲或法定监护人信息 | | 称谓 | | | 姓名 | | 户籍所在地 | | |
|  | | |  | |  | | |
| 该生高考报名信息无误。  经办人：  学校（报名点）盖章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 1.经相关部门核查，该生及其父母或法定监护人的农村户籍属实。  2.此表填写内容与高考报名信息一致，材料齐全，符合申报条件，同意上报。  经办人：  县（市、区）卫生健康局盖章  年 月 日 | | | | | | 该生材料齐全，符合申报条件，同意上报。  经办人：  市（州）卫生健康委盖章  年 月 日 | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|