

2024年亳州市谯城区希望公益服务中心 劳务派遣人员公开招聘拟录用人员体检通知表

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： 签名：					
		左		左		左						
	辨色力				眼病							
	听力	左耳	米	右耳	米							
	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				签名：				
	四肢			关节								
	皮肤			颈部								
	其它											

（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。