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 □其他 | 再选科目 | □化学 □其他  |
| 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 |