附件2

山东省“高职院校专项计划”考生资格审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 照片 | 姓　　名 |  | 考 生 号 | | | |  | | | |
| 性 别 |  | 身份证号 | | | |  | | | |
| 考生类别 |  | 联系电话 | | | |  | | | |
| 毕业学校 |  | | | | | 班　级 |  | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | 是否为建档立卡贫困家庭  学生 |  | | |
| 家庭居住地 |  | | | | | |
| 家庭户主姓名 | 身份证号 | 户籍所在地 | | | | | | 联系电话 | | |
|  |  |  | | | | | |  | | |
| **本人承诺以上所填写的内容真实、准确，所提供的材料真实有效，如果弄虚作假或填写错误，产生的一切后果由本人承担。**  **考生签名： 年 月 日** | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）教育局审核意见  审核负责人签字：  单位盖章  年 月 日 | | |  | 市教育局复核意见  复核负责人签字：  单位盖章  年 月 日 | | | | | | |
| 注：本表电子录入并打印，手工修改无效。 | | |  | |  |  | | |  |  |