附件3

山东省2024年高校、地方专项计划考生

资格审核表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 照片（1寸免冠彩色） | 姓　名 | 　 | 考 生 号 | 　 |
| 性 别 | 　 | 出生日期 |  | 身份证号 |  |
| 考生类别 | 　 | 毕业类别 |  | 联系电话 |  |
| 毕业学校 | 　 | 班级 |  |
| 户籍所在地 | 　 | 是否连续三年户籍 |  |
| 家庭居住地 | 　 |
| 自何年何月 | 至何年何月  | 在何地何单位学习或工作 | 任何职务 | 证明人 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 父亲或母亲或监护人姓名 | 身份证号 | 工 作 单 位 | 联系电话 |
| 　 | 　 | 　　 | 　 |
| 户籍所在地 |  |
| 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 |
| 中学审核意见学校负责人签字： 单位盖章 年 月 日 | 县（市、区）承办部门审核意见承办人签字： 单位盖章年 月 日 | 县（市、区）教育（教体）局审核意见审核负责人签字： 单位盖章年 月 日 | 市承办部门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。 |