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。 |  |  |  |  |  |