附件3

体能测试个人身体状况确认书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 出生年月 |  | 入伍时间 |  | 退役时间 |  |
| 色觉及其他眼疾 |  | 耳鼻喉 情况 |  | 是否有口吃现象 |  |
| 身高 |  | 体重 |  | 视力 |  |
| 颜面部及身体是否有残疾、纹身 |  | | 内科健康情况 |  | |
| 身份证号码 |  | | 手机号码 |  | |
| 本人服役期间身体健康情况及主要就诊经历 |  | | | | |
| 本人近三年健康情况及家族人员主要疾病情况简述 |  | | | | |
| 本人身体情况是否适应本次体能测试 | 本人身体健康，已知晓本次体能测试要求，能够适应本次体能测试所有项目。若所述虚假，在本次体能测试过程中出现任何不适身体问题，皆由本人承担后果。  本人签字：  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |