附1

**中国农业科学院2024年博士生招生学科复核诚信承诺书**

姓 名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

身份证号：

本人是参加中国农业科学院2024年博士研究生招生“申请-考核制”学科复核的考生。我已认真阅读《国家教育考试违规处理办法》及报考单位其他考试相关规定。我知晓其中所有内容并愿意自觉遵守。我保证自觉服从招生单位的统一组织安排，接受工作人员的检查、监督和管理，按时按要求参加学科复核。我承诺提供、提交的所有信息和材料真实准确，复核期间遵守有关考场规则，不携带任何书刊、报纸、稿纸、图片、资料、具有通讯功能的工具（如手机、智能手表、智能眼镜和照相、扫描等设备）或者有存储、编程、查询功能的电子用品以及涂改液、修正带等物品进入考场；考后不将复核内容相关信息带出考场、泄露或公布。如有违规违纪或弄虚作假等行为，我接受取消复核资格、取消复核成绩、取消拟录取资格等处理决定，并自愿承担相应的法律责任。

承诺人：

2024年 月 日

附2

**北京市2024年研究生招生体格检查表**

报考单位 报考专业

身份证号 准考证号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性别** |  | | **年龄** | |  | **民族** |  | 【相 片】 |
| **既往病史（此栏由学生如实提供）** | |  | | | | | | | | |
| **眼**  **科** | **裸 眼**  **视 力** | **右** | **矫正**  **视力** | | **右 矫正度数** | | | | | 检查者 | 医师签名 |
| **左** | **左 矫正度数** | | | | |
| **色 觉**  **检 查** | **彩色图案及彩色数码检查：**  空后色觉检查图（ ）俞自萍色盲检查图（ ）  **单色识别能力检查：**  红（ ）黄（ ）绿（ ）蓝（ ）紫（ ） | | | | | | | | 检查者 |
| **眼 病** |  | | | | | | | | |
| **内**  **科** | **血压** **／** mmHg | | | | | | | | 检查者 | | 医师签名 |
| **发 育**  **情 况** |  | | | | | | | | |
| **心 脏**  **及血管** |  | | | | | | | | |
| **呼 吸**  **系 统** |  | | | | | | | | |
| **神 经**  **系 统** |  | | | | | **口 吃** | |  | |
| **腹 部**  **器 官** | 肝 厘米 性质  脾 厘米 性质 | | | | | | | | |
| **其 它** |  | | | | | | | | |
| **外**  **科** | **身高** 厘米 **体重** 千克 | | | | | | | | 检查者 | | 医师签名 |
| **皮 肤** |  | | | | | **面 部** | |  | |
| **颈 部** |  | | | | | **脊 柱** | |  | |
| **四 肢** |  | | | | | **关 节** | |  | |
| **其 它** |  | | | | | | | | |
| **耳**  **鼻**  **咽**  **喉**  **科** | **听 力** | **左耳** 米 | | | **右耳** 米 | | | | 检查者 | | 医师签名 |
| **嗅 觉** |  | | | | | | | 检查者 | |
| **耳 鼻**  **咽 喉** |  | | | | | | | | |
| **口**  **腔**  **科** | **唇 腭** |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| **牙 齿** |  | | | | | | | | |
| **其 它** |  | | | | | | | | |
| **胸部X**  **射线检查** | |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| **化 验** | | 丙氨酸氨基转移酶  （ALT） | | | | | | | | | 医师签名 |
| **体检机构**  **意见** | | **请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学【2003】3号），确定该生身体条件是否可以录取。**  主检医师签名： 体检机构公章    年 月 日 | | | | | | | | | |