Registration Form

Name of the seminar/training course:					
性质	官员□ 技术□	培训时间		培训地点	
		Family name			
		First name			
		Position			
		级别	部级及以上 □ 司局级 □ 处级及以下 □		
		建议舱位	头等舱 □ 商务舱 □ 经济舱 □		
Passport No.					
Nationality		Name of institute			
Sex					
Date of Birth		Mail Address of Institute			
Language					
Religion		Address of Home			
Food abstention					
Tel		E-mail			
Fax		Person to be contacted in emergency			
Cell		Phone to be contacted in emergency			
Signature		Date			

是否超国别 □	是否超人数 □
经商参处意见：	

Both Signature and Seal （经商参处签章） Date（日期）

脊柱 Spine	四　肢 Extremities	神经系统 Nervous system
其它所见 Other abnormal findings		

胸部X线检查 Chest X – ray exam.		心电图 ECG	
化验室检查 （包括艾滋病、梅毒血清学诊断） Laboratory exam. (HIV, Syphilis serodiagnosis)			

未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病：
None of the following diseases or disorders found during the present examination:

- ❑ 霍　乱　Cholera
- ❑ 黄热病　Yellow fever
- ❑ 鼠　疫　Plague
- ❑ 麻　疯　Leprosy
- ❑ 性　　病　Venereal disease
- ❑ 开放性肺结核　Opening lung tuberculosis
- ❑ 艾　滋　病　AIDS
- ❑ 精　神　病　Psychosis

意　见
Suggestion

检查单位盖章
Official stamp

医　师　签　字
Signature of physician

日期
Date

外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 Sex ☐ 男 Male ☐ 女 Female	出生日期 Date of birth 年 Y 月 M 日 D	照片 photo
现在通讯地址 Present mailing address			血型 Blood Type
国籍 Nationality	出生地点 Place of birth		

过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答"否"或"是"）

Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered " Yes " or " No ")

斑疹伤寒 Typhus fever	☐ No ☐ Yes	菌痢 Bacillary dysentery	☐ No ☐ Yes
小儿麻痹症 Poliomyelitis	☐ No ☐ Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	☐ No ☐ Yes
白喉 Diphtheria	☐ No ☐ Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	☐ No ☐ Yes
猩红热 Scarlet fever	☐ No ☐ Yes	产褥期链球菌感染 Puerperal streptococcus infection	☐ No ☐ Yes
回归热 Relapsing fever	☐ No ☐ Yes		
伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	☐ No ☐ Yes	流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	☐ No ☐ Yes

过去是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：（每项后面请回答"否"或"是"）

Do you have any of the following diseases or disorders endangering the Public order and security? (Each item must be answered " Yes " or " No ")

毒瘾 Toxicomania			☐ No ☐ Yes
精神错乱 Mental confusion			☐ No ☐ Yes
精神病 Psychosis:	躁狂型 Manic psychosis		☐ No ☐ Yes
	妄想型 Paranoid psychosis		☐ No ☐ Yes
	幻觉型 Hallucinatory psychosis		☐ No ☐ Yes

身高 Height	厘米 cm	体重 Weight	公斤 kg	血压 Blood pressure	毫米 mmHg

发育情况 Development	营养情况 Nourishment	颈部 Neck
视力 Vision 左 L 右 R	矫正视力 Corrected vision 左 L 右 R	眼 Eyes
辨色力 Colour sense	皮肤 Skin	淋巴结 Lymph nodes
耳 Ears	鼻 Nose	扁桃体 Tonsils
心 Heart	肺 Lungs	腹部 Abdomen

Attachment 2

Information of Nominee

Sl. No.	Family Name	Given Name	Work Unit	Rank	Passport Number	Birth Date	Passport Expiry Date	Gender	Office and Cell Number

Position（职务）_____Date of appointment（任职时间）_____

Brief description of duties（岗位职责）：_____

_____

15.Work experience（Starting from current position）（工作经历）

Date（日期）	Position（职务）	Brief description of duties（职责）
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

16.Education and/or professional qualifications（教育背景及专业职称）

Date（时间）	Level（等级）	Awarding Institution（授予单位）
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

17.Working Language_____ Proficiency（Please tick）（工作语言熟悉程度）

Reading （读）：□excellent（优秀），□good（好），□fair（一般），□poor（较差）

Listening（听）：□excellent（优秀），□good（好），□fair（一般），□poor（较差）

Speaking（说）：□excellent（优秀），□good（好），□fair（一般），□poor（较差）

Writing （写）：□excellent（优秀），□good（好），□fair（一般），□poor（较差）

III.Personal Statement（个人声明）

I certify that I have answered the above questions truthfully and completely to the best of my knowledge. I agree to report any relevant alteration in the information given above. I pledge to observe all the Chinese laws and regulations and will respect the local customs during my stay in China for the training course.

（我确保以上信息填写真实、完整，如有变动，将及时通知主办方。参训期间，我保证遵守中国法律、法规，尊重当地风俗。）

_____ _____

Signature（本人签字） Both Signature & Seal（签章）

_____ _____

Date（日期） Date（日期）

INFORMATION FORM OF PARTICIPANT（学员信息表）

Ⅰ.Name of the seminar/training Course（研修/培训班名称）：_____

_____

Ⅱ.Personal Data（个人信息）

1.Surname（姓）_____

Given Name（名）_____

Photo（照片）

2.Gender（性别）：□male（男），□female（女）

3.Date of Birth（出生日期）：_____

4.Place of Birth（出生地）：_____

5.Nationality（国籍）：_____

6.Mother Tongue（母语）：_____ 7.Religion（宗教）：_____

8.Food Abstention（饮食禁忌）：_____

9.Health Condition（健康状况）：_____

10.History of hypertension, cardiovascular and cerebrovascular disease or infectious disease（高血压、心脑血管等慢性疾病及传染病史）：□Yes □No

If yes，please specify（如有，请详细说明）：_____

11.Mail Address（通信地址）：_____

_____

Phone（电话）：_____ Fax（传真）：_____

E-mail（电子邮箱）：_____

12.Permanent Address（固定联系地址）：_____

_____

13.Person to be contacted in emergency（紧急情况联系人）

Name（姓名）：_____ Address（地址）：_____

_____

Phone（电话）：_____ Fax（传真）：_____

E-mail（电子邮箱）：_____

14.Statement of present work（当前工作情况）：_____

Name of Institute（单位）：_____