附件

**深圳市听力残疾考生申请中考免英语听说考试申报表**

学校名称（公章）： 填表日期：2016年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 考生号 | 姓 名 | 听力损失程度(Hz) | 出具证明医院名称(证明原件附后) |
| 左耳 | 右耳 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注：1. 学生提供的医院证明附后，并在证明中注明姓名、考生号后贴附在此名单后面。

2. 此表由区教育局统一于4月25日前向市招考办申报。