

# 声 明 书

声 明 人	姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生日期	_____年_____月_____日	国 籍	
	证件名称		证件号码	
	目 前 详细住址		电 话	

声明内容： .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

我声明以上内容属实。如有不实之处，本人愿意承担由此所引起的一切法律责任。

声明人（签字）： \_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日