**附件1 基础医学院硕士研究生调剂申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 最后学历 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业专业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | 通讯地址 |  |
| 电子信箱 |  | 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 初试成绩 |  | 复试笔试成绩 |  |
| 原报考学院、专业 |  | 专业调剂意向 |  |
| 是否服从学院调剂 |  |
| 考生承诺：本人所提供信息完全属实，并愿意对此承担一切责任。一经录取，保证按时报到入学。 　　考生签名：　年　　月　　日  |
| 学院意见：负责人签字：年　　月　　日 |

备注：1.调剂考生须在规定时间内把申请表交至十二桥一教基础医学院办公室

 2.调剂考生务必在规定时间内参加基础医学院组织的调剂面试，过时不候，责任自负。

 3.考生限报1个调剂专业。

 4.录取后无论任何原因不报到者，学校将此纳入诚信记录。