|  |
| --- |
| **养生康复学院推免研究生报考意向表** |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 本科学校 |  | 本科专业 |  |
| 联系电话 |  | 报考专业及方向 |  |
| 报考导师 | 1、 |
| 2、 |
| 3、 |
| 是否接收调剂 | 是□ 否□  |
| 以上信息确认无误，本人签字： |
| 导师意见 | 是否接收：是□ 否□ |
| 导师确认签字： |
| 学院意见 | 学院（盖章） |