附件：

自治区人民医院硕士研究生复试调剂申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| 考生来源 | □ | 推免生 | □ | 5+3生 | □ | 统招 |
| 原报考信息 |
| 学院 |  | 专业 |  |  |
| 研究方向 |  |
| 培养类型 |  | 学术型 |  | 专业学位 |  |
| 申请调剂信息 |
| 学院 |  | 专业 |  |  |
| 研究方向 |  |
| 培养类型 |  | 学术型 |  | 专业学位 |  |
| 本人承诺，本次调剂仅报考一个学科，若出现重复报考现象，取消调剂资格。 考生签名： 年 月 日 |
|
| 学科意见 |
| 是否同意考生进入复试 |  复试秘书签名：学科负责人签名： 年 月 日 |

注：此表一式两份，一份调剂科室留存，一份提交教学综合楼教学部2办公室。