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。