

滨州医学院接收推荐免试攻读硕士学位研究生申请表

姓 名		出生日期	年 月 日	民 族		照 片
性 别		身份证号				
通 讯 地 址 及 邮 政 编 码						
本人联系电话			E-mail 地址			
所在学校、院系					入学时间	
本科专业名称					毕业时间	
申 请 项 目	拟申请硕士研究生类型	☐ 学术型硕士研究生 ☐ 专业学位硕士研究生				
	拟申请院（系）					
	拟申请专业代码及专业名称					
获 奖 情 况	项 目	一 年 级	二 年 级	三 年 级		
	获奖学金等级					
	其它获奖项目					
申请人所在院系意见： 负责人签字：_____（院系盖章） 年 月 日			申请人所在专业的同年级总人数_____人，该申请人三学年总评成绩在本专业年级排名为_____名。 申请人是否有母校的推荐免试名额：_____（若无母校推荐名额，我校将不予接收） 申请人所在学校推荐意见： 所在学校负责人签字：_____学校公章： 年 月 日			
本人保证，以上所填一切内容（包括本人所提供的所有申请材料）均经过本人认真思考和审核，而且符合本人真实情况，本人愿对此承担一切责任。 申请人签字：_____年 月 日						
拟接收单位意见： 公章：_____负责人签字：_____年 月 日						

此表一式两份。