**华西口腔医学院/口腔疾病研究国家重点实验室**

**2020年硕士研究生调剂申请表**

 **申请类型：全日制 填表时间：2020年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生编号 |  | 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  | 学历 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业专业 |  | 毕业时间 |  | 是否同等学力 |  |
| 原报考专业名称及代码 |  |
| 政治理论 |  | 成绩 |  |
| 外国语名称及代码 |  | 成绩 |  |
| 业务课一名称及代码 |  | 成绩 |  |
| 业务课二名称及代码 |  | 成绩 |  |
| **总成绩** |  |
| 申请调剂的专业名称、代码及研究方向 | **如：口腔基础医学（100301）----01口腔生物学** |
| 联系电话 | 手机： E-mail： |
| 联系地址、邮编 |  |
| 家庭详细住址及电话 |  |
| **个人简介**（须包括本科成绩、英语水平、科研经历、发表论文及获奖情况，复试时需提供相应证明材料） |  |
| **考生本人申请及承诺** | 本人确认以上所提供的信息真实、准确，并愿意承担由于以上信息虚假带来的一切法律责任和后果，熟知相关政策及规定，现自愿申请调剂。**考生本人签名：**  |