附件1

**兰州大学第一临床医学院2019年硕士研究生招生院内自愿调剂申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 照片 |
| 报名号 |   | 考生编号 |   |
| 身份证号 |   | 政治面貌 |   |
| 联系电话 |   | 第一学历 |   |
| 第一志愿报考专业 |   |
| 拟调剂专业（限填一个） |  |
| 人事档案所在单位及通讯地址 | 单位 |   | 邮政编码 |  |
| 地址 |   |
| 毕业学校 |   | 最后学历 |   |
| 最后学位 |   |
| 何时、何地、何原因受过何种奖励 |   |
| 外语情况（填写语种并打勾） | 通过 四级（ ） | 通过 六级（ ） |
| 考研初试成绩 |
| 考试科目 | 政治理论 | 外国语名称 | 西医综合  |
| 成 绩 |   |   |   |
|  总 分  | 本 | 人签名： 年 月 日 |
| 报考学院意见：签章： 年 月 日 |
| 备注： |

注：每位考生限填一张表，多填均无效，调剂不成功。