**南京医科大学**

**临床（口腔）医学专业学位博士研究生调剂录取申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 | |  | 性别 |  | | 出生日期 |  | |
| 考生身份证号 | |  | | | 考生联系  电 话 | |  | |
| 考生准考证号 | |  | | |
| 英语成绩 | |  | | | 获硕士学位年月 | | |  |
| 获硕士学位院校 | |  | | | 获硕士学位专业 | |  | |
| 原报考学院、  专业 | |  | | | | | | |
| 申请调剂学院 | |  | | | 申请调剂专业 | |  | |
| 原报考导师 | |  | | | 申请调剂导师 | |  | |
| 备注 | 本人保证所提供信息完全属实,并愿意对此承担一切责任。  申请人签名 ： 年 月 日 | | | | | | | |
| 接收导师意见  签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 接收学院意见  签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 研究生院意见  签名（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |