**四川大学再生医学研究中心**

**2020年硕士研究生调剂申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生编号 |  | | | | | | 考生姓名 | |  | | |
| 性别 |  | | | | | | 身份证号 | |  | | |
| 最后学历 |  | | | | | | 报考类别 | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 毕业专业 | | |  | | |
| 现所在工作单位（往届生填写） | | | |  | | | | | | | |
| 本人联系方式（手机及E-mail） | | | |  | | | | | | | |
| 第一志愿报考单位名称 | | | |  | | | | | | | |
| 第一志愿报考专业代码及名称 | | | |  | | | | | | | |
| 入学考试成绩 | | 总成绩 | |  | 外语 | | |  | | 政治 |  |
| 专业一科目名称 |  | | | | | | | 成绩 |  |
| 专业二科目名称 |  | | | | | | | 成绩 |  |
| 申请调剂专业代码及名称 | | |  | | | | | | | | |
| 考生承诺：  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。现自愿申请参加四川大学再生医学研究中心硕士研究生的调剂，录取类别、专业、方向服从安排。  考生签名： | | | | | | | | | | | |
| 院系意见：  主管院长：  （公章） | | | | | | | | | | | |