**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 |