滨州医学院

2024级新生入学资格复查登记表

学院（章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | | 贴入学后学校统一采集一寸照片 |
| 学院 |  | 专业 |  | 班级 |  | |
| 身份证号 |  | | | 学号 |  | |
| 身高 |  | | | 体重 |  | |
| 审查材料 | | 录取通知书 | | 有 无 | | 核对无误 | |
| 身份证 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 准考证 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 上一学段  毕业证书 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 电子档案 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 纸质档案 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 加分证明（享受加分政策新生） | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 以上材料均已核对 ，各项材料中学生姓名、身份证号、出生日期、照片、简历、笔迹、父母信息等内容信息一致。 | | | | | | | |
| 审查结论 | | 复查人签字： 审查人签字： | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | |