附件3

滨州医学院公费医学生选拔申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 学院 |  | 专业 |  | 联系方式 |  |
| 班级 |  | 已修读必修课平均学分绩点 |  |
| 生源地（省、市） |  | 申报专业 |  |
| 志愿1（就业市） |  | 志愿2（就业市） |  | 志愿3（就业市） |  | 是否服从调剂 |  |
| 申请理由 | 本人签字 年 月 日 |
| 学院审核意 见 | 负责人签字 公章 年 月 日 |
| 教 务 处意 见 | 负责人签字 公章 年 月 日 |
| 学校意见 | 校领导签字 公章 年 月 日 |