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 | | | | | | | | | | | |