滨州医学院

2019级新生入学资格审查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | | 照片 |
| 学院 |  | 专业 |  | 班级 |  | |
| 身份  证号 |  | | | 学号 |  | |
| 以上信息核对无误 审查人签字： | | | | | | | |
| 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 | |
| 毕业证 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 电子档案 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 个人档案 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 加分证明 | | 有 无 | | 核实无误 | |
| 审查结论 | | 审查人签字： 学院（章） | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | |