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 |  |