**华南师范大学脑科学与脑康复行为医学研究院硕士研究生接收调剂申请表**

**（调入）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 最后学历 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业专业 |  | 毕业时间 |  |
| 大学阶段攻读方式（全日制、自考、函授、其它） |   | 准考证号（15位） |  |
| 身份证号 |  | 电子信箱 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 手机号码 |  | 固定电话 |  |
| 考生所在单位 |  |
| 第一志愿学校名称及代码 |  | 拟转入学校名称 |  |
| 原报考专业（专业代码） |  | 拟转入专业（专业代码） |  |
| 政治理论名称 |  | 成绩 |  | 初　试总成绩 |
| 外国语名称 |  | 成绩 |  |
| 业务课一名称 |  | 成绩 |  |  |
| 业务课二名称 |  | 成绩 |  |
| 奖惩情况：（只写校级以上的获奖情况，如无请填写“无”） |
| 本人保证所提供信息完全属实，并愿意对此承担一切责任。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 考生签名： 　年　　月　　日  |
| 专业指导组意见：专业指导组召集人签字： 年　　月　　日 |