**华南师范大学脑科学与康复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 |