**肿瘤防治中心2024年硕士研究生复试专业方向确认表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 考生编号 | |  |
| 初试报考  专业代码 |  | 初试报考  专业名称 | |  |
| 初试报考  学科方向代码 |  | 初试报考  学科方向名称 | |  |
| **请填写复试意向志愿** | | | | |
| **复试组** | **科室** | | **意向导师（选填）** | |
|  |  | |  | |
| **以上填写内容本人确认无误。**  **考生手写签名：**  **考生联系手机：**  **日期：**  **说明：考生务请3月26日24前，按要求提交此表，此表一经提交，不予修改。** | | | | |