**附件2： 肿瘤防治中心2025年硕士研究生校内调剂申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | | 性别 |  | 考生编号 | |  |
| 考生类别（请在括号内打“√” ）: 应届生【 】 / 往届生【 】 | | | | | | | |
| 初试成绩 | 政治 | | | | |  | |
| 英语 | | | | |  | |
| 业务课 | （科目请在□内打“√”）  □临床医学综合能力（西医）  □基础医学综合  □其他 | | | |  | |
| **总分** | | | | |  | |
| 考生本科  毕业院校 |  | | | 考生本科  毕业专业 | | |  |
| 初试报考院系 |  | | | | | | |
| 初试报考学科专业代码及名称 |  | | | 初试报考学科方向  代码及名称 | | |  |
| 院内调剂类型  （请在□内打“√”） | | | | □ 同学科专业（不同学科方向）  □ 跨学科专业 | | | |
| 申请调入学科专业代码及名称 |  | | | 申请调入学科方向  代码及名称 | | |  |
| 申请调入  科室 |  | | | 申请调入  意向导师（选填） | | |  |
| **本人确认以上填写内容无误，申请院内调剂。**  **本人签名：**  **联系手机号码：** | | | | | | | |