|  |
| --- |
| **口腔医学院2023年研究生招生复试同一专业调整复试方向申请表** |
|  |  |  |  |  |  |
| **申请人姓名** |  | **考生编号** |  | **身份证号** |  |
| **第一志愿专业/方向** |  | **第一志愿专业代码** |  | **初试成绩** |  |
| **申请调整复试的方向** |  |
| **申请人意见** | 本人自愿申请在同一专业下调整复试方向，自愿承担调整复试方向产生的差额复试结果。申请人签名：年 月 日 |
| **口腔医学院意见** |  年 月 日 |

注：内容填写完毕后须**亲笔签名**，且必须将身份证放置于本表格下方一并拍照或扫描于规定时间内发送到邮箱**1097235802@qq.com，**并于复试时将原件交复试秘书。