|  |
| --- |
| **2025年口腔医学院口腔临床医学专业（100302）研究方向调整复试****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** |  |
| **申请调整复试方向** |  |
| **申请人意见** | 本人自愿申请在同一专业内其他研究方向调整复试，自愿承担调整复试产生的所有结果。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或现场交到学科办。**