**附件2： 肿瘤防治中心2024年硕士研究生院内调剂申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| **总分** |  |
| 考生本科毕业院校 |  | 考生本科毕业专业 |  |
| 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：** |