**肿瘤防治中心2025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  报考学科专业  代码 |  | 初试  报考学科专业 | | |  |
| 初试  报考学科方向  代码 |  | 初试  报考学科方向 | | |  |
| **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：**  **日期：** | | | 根据考生诚信复试承诺书要求，如考生有直系亲属、近亲属或其他利害关系人就职本校，须主动上报，请你如实填写以下信息：  □ 确认不存在应回避的情形。  □ 存在应回避的情形  对方姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  对方院系/科室：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  与本人关系：\_\_\_\_\_\_\_\_  **考生手写签名：**  **日期：** | | |

**说明：考生务请3月23日24时前，按要求提交此表，此表一经提交，不予修改。**