**附件：**

福建医科大学2015年暑期口腔医学研究生

“医带医路夏令营”报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  年 月 日 | 照片当年一寸免冠照片 |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 通讯地址及邮编 |  |
| 入学时间 |  | 毕业时间 |  |
| 所在学校 |  | 院系及专业 |  |
| 校级以上获奖情况 |  |
| 参加科研工作、发表论文等情况： |
| 申请人郑重声明：我保证提交所有材料真实准确。如有出入，同意取消入营资格。申请人签名：年 月 日 |
| 导师推荐意见：导师签字：年 月 日 |