**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 | | | | | | | | | | | | |