

## 昆明医科大学 2018 年硕士研究生招生校内调剂申请表

|   |               |       |  |
|---|---------------|-------|--|
| 姓 名   |               | 性 别   |  |
| 准考证号  |               | 身份证号码 |  |
| 联系方式  | (手机号码, 请保持畅通) |       |  |
| 原 报 考 院 系   |               |       |  |
| 原报考专业代码   |               |       |  |
| 原报考专业名称   |               |       |  |
| 原报考学位类型   |               |       |  |
| 原 报 考 导 师   |               |       |  |
| 拟申请调剂院系   |               |       |  |
| 拟申请调剂专业代码   |               |       |  |
| 拟申请调剂专业名称   |               |       |  |
| 拟申请调剂学位类型   |               |       |  |
| 因学校余缺名额有限, 是否服从学校研究生招生办公室调剂 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |               |       |  |

注: 所申请的拟调剂专业请根据昆明医科大学公布的校内调剂余缺信息填写

考生签名: \_\_\_\_\_

日期:     年    月    日