

昆明医科大学 2019 年接收推免生报名信息登记表

姓名		性别		出生日期	年 月 日
所在院校、院系					
本科所学专业		外语语种、等级			
联系电话		E-mail			
通讯地址					邮编
申请院系		申请专业及学位类型			
拟申请导师	(请结合《昆明医科大学 2019 年攻读硕士学位研究生招生简章填写》)				
何时何地获得何种奖励或荣誉 (本科期间):					
何时参加过哪些科研工作, 有何成果 (发表论文、出版专著等):					
<p>“我保证提交的申请表和其它全部申请材料的真实性和准确性。如果我提交的信息不真实或不准确, 我同意昆明医科大学拒绝我的免试申请或取消我的免试资格。” 如果申请人同意如上的声明, 请在此处签名:</p>					
申请人签名: _____ 年 ____ 月 ____ 日					