**附件6**

**肿瘤防治中心2020年硕士研究生院内**

**跨专业调剂申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | |
| 考生类别（请在括号内打“√” ）: 应届生【 】 / 往届生【 】 | | | | | | | |
| 考试科目名称 | 政治 | 英语 | | **（请在□内打“√”）**  □临床医学综合能力（西医）  □基础医学综合 | | | 总分 |
| 初试成绩 |  |  | |  | | |  |
| 考生原毕业院校 |  | | | 考生原毕业专业 | |  | |
| 初试报考专业  代码及名称 |  | | | 初试报考学科方向  代码及名称 | |  | |
| 申请调剂专业  代码及名称 |  | | | 申请调剂学科方向  代码及名称 | |  | |
| **本人确认以上填写内容无误，申请院内跨专业调剂。**  **本人签名：**  **联系手机号码：** | | | | | | | |