附件

**广西医科大学公共卫生学院****硕士研究生复试申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| **第一阶段复试所在学科信息** |
| 学院 |  | 专业 |  |  |
| 培养类型 | □ | 学术型 | □ | 专业学位 |  |
| **申请复试专业信息** |
| 专业**（从通知中选填）** |  |
| 培养类型 | □ | 学术型 | □ | 专业学位 |  |
| 本人承诺，本次复试仅报考一个专业，否则自愿取消复试资格。 考生签名： 年 月 日 |
|
| **学科意见** |
| 是否同意考生进入复试 |    学科负责人签名： 年 月 日 |