**附件1：**

滨州医学院2023年第二学士学位报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 1寸免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业专业 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业证书编号 |  |
| 获得学位时间 |  | 学位证书编号 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 收件人 |  | 收件人电话 |  |
| 第一志愿专业 |  | 第二志愿专业 |  |
| 第三志愿专业 |  | 是否服从调剂 | 是 否 |
| 本科阶段主要获奖经历 |  |
| 学习与工作经历（高中毕业后起） | 起止年月 | 单位 | 职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 考生签字确认 | 本人已阅读《滨州医学院2023年第二学士学位招生简章》，保证以上信息及所有报名材料真实有效，若弄虚作假，自愿接受滨州医学院取消录取资格和学籍的处理。考生（承诺人）签名： 年 月 日 |

**说明：**1.通信地址为接收录取通知书地址，请务必准确填写，若因地址原因未能按时接收录取通知书，责任由考生自己承担。

2.“考生签名”处必须亲笔签名，否则材料无效。