**附件一：**

**武汉大学口腔医学院2020年优秀大学生暑期夏令营**

**申 请 表**

**申请攻读专业：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | 民族 |  | | 出生日期 | | 年 月 | 当年一寸  免冠照片 |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | 手机号码 | |  |
| 电子邮箱 | |  |
| 通讯地址及邮编 | | | | |  | | | | | | | |
| 入学时间 | | | | |  | | | | | | 毕业时间 |  | |
| 所在学校、院系 | | | | |  | | | | | | 专 业 |  | |
| 英语水平 | | | | |  | | | | | | | | |
| 本科专业  同年级人数 | | | | |  | | | | 前五学期总评成绩在所学本科专业  同年级的排名 | | |  | |
| 校级以上  获奖情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 参加科研工作、发表论文等情况： | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人郑重声明：  我保证提交所有材料真实准确。如有虚假，同意取消入营资格。  申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人所在院系推荐意见：    辅导员签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 所在学校教务部门意见    学校教务部门公章  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |