**2019年阜外华中心血管病医院大学生夏令营**

**申 请 表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生日期** |  | 照 片 |
| **身 高** |  | **体 重** | **Kg** | **政治面貌** |  |
| **邮 箱****(必填)** |  | **身份证号****(必填)** |  |
| **所在学校及院系** |  |
| **专业** |  |
| **主要学习经历（自高中起）：** |
| **获 奖 情 况 ：** |
| **申请人培养单位推荐意见：**申请人所在专业同年级人数为人，该生专业课排第名（成绩截止至第学期）。负责人签字：2019年 月 日（所在院系盖章） |
| **推荐人（一）信息** |
| **姓 名** |  | **职务或职称** |  |
| **所在单位** |  | **联系电话** |  |
| 推荐意见： 推荐人签字：2019年 月 日 |
| **推荐人（二）信息** |
| **姓 名** |  | **职务或职称** |  |
| **所在单位** |  | **联系电话** |  |
| 推荐意见： 推荐人签字：2019年 月 日 |