**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 | | | | | | | |