附件

重庆医科大学2018年临床医学博士专业学位研究生

“申请-审核” 制试点项目补录申请表

姓 名： 性 别：

考生编号： 身份证号码：

《执业医师资格证书》专业：

硕士专业：

申请院系：

申请专业方向：

手机号码：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考试科目 | 外语 | 业务课一 | 业务课二 | 总 分 |
| 1001 英语 |  |  |
| 成绩 |  |  |  |  |

考

考生签名：

年 月 日