|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **口腔医学院2020年研究生招生复试同一专业调整复试方向申请表** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **申请人姓名** |  | **考生号** |  | **身份证号** |  |
| **第一志愿专业/方向** |  | **第一志愿专业代码** |  | **初试成绩** |  |
| **申请调整复试的方向** |  | | | | |
| **申请人意见** | 本人自愿申请在同一专业下调整复试方向，自愿承担调整复试方向产生的差额复试结果。  申请人签名：  年 月 日 | | | | |
| **口腔医学院意见** | 年 月 日 | | | | |

附件3