|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 成都中医药大学2024年博士研究生招生复试眼科学院调剂导师意向表 | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 民族 |  |
| 联系电话 | |  | 初试总成绩 | |  | |
| 毕业学校 | |  | 毕业专业 | |  | |
| 报考专业名称 | |  | 报考专业代码 | |  | |
| 报考志愿 | | | | | | |
| 调剂报考方向 | |  | | 调剂意向导师 | |  |
| 本人承诺：  ①本人填报信息真实准确，并愿意对此承担一切责任。  ②本人如被眼科学院录取，自愿放弃其它学院及其它学校的录取资格，并愿意对此承担一切责任。  （请本人手写以上内容，未书写视为本表无效）      考生签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 报考导师意见：    导师签字：  年 月 日 | | | | | | |

**备注：“调剂专业”须与网报信息一致，“调剂意向导师”须为《眼科学院2024年攻读博士学位研究生统招调剂复试录取办法》中调剂计划中所列导师，若未按要求填写，一律视为无效志愿，后果由考生本人承担。**