**附件二：**

**安徽医科大学临床医学院2019年普通专升本考试确认/放弃录取资格申请表**

**（以下信息必填）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **考生号** |  |
| **联系电话** |  | **报考专业** |  |
| **身份证号** |  | | |
| **确认或放弃录取**  ①确认录取的考生填写“确认录取”；  ②放弃录取的考生填写“放弃录取”。 | 考生签字：    年 月 日 | | |
| 请将身份证原件放至此处（正面朝上） | | | |

**备注：所有拟录取考生须在5月23日17:00前打印此表，填写信息并将身份证原件放置在表上指定区域后扫描或拍照发送电子邮件至lcyxyzs@163.com信箱（邮件请备注考生姓名及考生号）。未发邮件则视为放弃录取。**