

附件 2:

**安徽医科大学临床医学院 2024 年普通专升本招生考试**  
**考生面试申请表**

姓 名		身份证号	
考生号		联系电话	
毕业学校		毕业时间	
毕业专业		报考专业	
考生类别	<input type="checkbox"/> 普通全日制应届毕业生 <input type="checkbox"/> 退役士兵		
申请项目	<input type="checkbox"/> 荣立三等功退役士兵考生 <input type="checkbox"/> 技能大赛获奖考生		
获奖情况 (含举办单位、 奖项名称、奖项等 级、等次等)			
毕业学校 审核意见	审核人签名: 年 月 日 (盖章)		
招生学校 审核意见	审核人签名: 年 月 日 (盖章)		

注:考生所填写内容必须真实、准确, 如有弄虚作假, 取消面试资格或录取资格。  
一切后果全部由考生本人承担。