附件2：

**安徽医科大学2024年专升本招生考试申请鼓励政策考生申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 考生号 |  | 联系电话 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 报考专业（含联合培养点） | A段（没有则填“无”）： | B段（没有则填“无”）： |
| 考生类别 | □技能大赛免试生  | □荣立三等功及以上退役士兵考生 |
| 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: 1. 考生所填写内容必须真实、准确，如有弄虚作假，取消考试资格或录取资格。**

**2. 获奖证书复印件需毕业学校审核人签名，并加盖学校公章。现场报名时，原件（无获奖证书原件，不得报考）、复印件、申请表一并交验。**

**考生本人签名：**

**日期：**