**附件：江西医学院焕奎书院临床医学创新实验班择优增补申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学号** |  | **姓名** |  | **性别** |  | **出生日期** |  |
| **学院/****班级** |  | **学生干部****经历** |  | **政治面貌** |  |
| **联系电话** |  | **家庭住址** |  |
| **已修课程平均学分绩点** |  | **专业人数及排名** |  |
| **贫困生建档情况** |  |
| **主要家庭成员/姓名** | **职业** | **工作单位** |
| **父亲** |  |  |
| **母亲** |  |  |
| **奖励或处分情况** |  |
| **申请理由及未来学业/职业规划等：** **申请人：** |
|  |  | **年** |  | **月** |  | **日** |
| **在校期间表现** | **辅导员签字：**  **年 月 日** |
| **所在学院意见** | **负责人签字：** **（学院盖章）**  **年 月 日** |