**附件3：肿瘤防治中心2020年硕士研究生复试专业方向确认表**

**考生务请5月18日前，按要求提交此表，此表一经提交，不予修改。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **考生姓名** |  | **考生编号** |  |
| **初试报考信息：** | | | |
| 初试报考专业代码 |  | 初试报考专业名称 |  |
| 初试报考学科方向代码 |  | 初试报考学科  方向名称 |  |
| **复试专业方向确认：（仅打“√”选1或2项目并填报确认）** | | | |
| □ 1.本人确认参加初试报考专业方向复试，不申请调剂。  意向报考科室：（ ） | | * 2.本人申请院内调剂。   院内调剂必须按院内调剂要求提交申请表；如申请获批，名单经公布后，安排在调剂专业方向复试；如申请未获批，按初试报考专业方向复试，意向报考科室：（ ） | |
| **本人已确认以上填写内容无误。**  **考生手写签名：**  **日期：** | | | |