|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  |
| **身份证号码** |  | **毕业学校** |  |
| **毕业专业** |  | **学制** |  |
| **选报专业方向** |  | **选报的专业类型** |  |
| 本人承诺，以上内容真实有效。否则，由此产生的后果自负。 **承诺人签字： 联系电话：** |
| 该生已进行资格审核并交纳复试费，资格审核合格。  **口腔医学院**  |

**口腔医学院2019年硕士研究生推免资格审核合格证明**

**口腔医学院2019年硕士研究生推免资格审核合格证明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  |
| **身份证号码** |  | **毕业学校** |  |
| **毕业专业** |  | **学制** |  |
| **选报专业方向** |  | **选报的专业类型** |  |
| 本人承诺，以上内容真实有效。否则，由此产生的后果自负。 **承诺人签字： 联系电话：** |
| 该生已进行资格审核并交纳复试费，资格审核合格。  **口腔医学院**  |