**附件1**

**承德医学院攻读硕士学位研究生思想政治情况表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 一寸彩色免冠照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  |
| 毕业院校 |  |
| 本人思想政治表现情况 |  |
| 何时、何地、何原因受过何种奖励或处分 |  |
| 本人及直系亲属有无重大思想政治问题 |  |
| 所在单位审查意见 | （应届生此项由考生所在学院或医院基层党组织填写并盖章；往届生此项由工作单位或户口、档案所在地基层党组织填写并盖章）盖 章年 月 日 |