上海健康医学院

海外学习、实习申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **海外学习、实习项目名称** | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名  （中文） |  | | | | | | 性别 | |  | | 出生日期 | | |  | | 照  片 |
| 姓名  （拼音） |  | | | | | | 出生地 | |  | | 身份证号 | | |  | |
| 政治面貌 | | | | | |  | | | | | 学号 | | |  | |
| 所在学院、专业、年级 | | | | | |  | | | | | 专业内  排名 | | |  | |
| 第一外语 | | | | |  | | | 熟练程度/证书 | | |  | | | | |  | |
| 第二外语 | | | | |  | | | 熟练程度/证书 | | |  | | | | |  | |
| 拟申请学校及专业 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 拟申请就读时间 | | | | | | 年 月 至 年 月 | | | | | | | | | | |
| 电话/手机 | | | | | |  | | | | | | E-mail | | |  | |
| 学校通讯地址 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭居住地址 | | | |  | | | | | | 银行账号 | | | 农行 | | | |
| 紧急情况联系人 | | | |  | | | | | | | 联系人电话 | | |  | | |
| 个人简历 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会实践  经历 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | | （需附相关证书复印件或证明材料） | | | | | | | | | | | | | | |
| 自荐说明及申请理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 辅导员意见 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人声明 | | 我清楚此项海外学习、实习项目，并愿意遵守接收学校的规章及管理制度。我愿意遵守接收学校当地的法律法规，学习、实习期满后将返回学校继续完成学业。学习期间，如有本人原因造成任何问题，都由我本人承担责任。  申请人签名： 日期：  监护人/直系亲属签字： 日期： | | | | | | | | | | | | | | |
| 意见  及签章 | | 经学院选拔，推荐该生参加此项目。  学院院长签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校意见 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | | | | | |

1.本表请填写后打印（辅导员评估、学院、校意见除外）

2.外语水平证书请附上复印件