**附件1 2015年赴美国耶鲁大学医学院参加临床选修学生申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名（中文） |  | 姓名（拼音） |  | 照 片 |
| 性 别 |  | 政治面貌 |  |
| 出生日期 |  | 出生地点 |  |
| 所在年级、学制、学号 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请类型（同时申报两种类型者请在两个栏目后打∨） | 项目费□ 自费□ | | | | | 申请学习领域 | | |  | | | |
| 联系方式 | 电话： 电子邮件： | | | | | | | | | | | |
| 英语水平（考试时间及成绩） | 托福 |  | 雅思 |  | 六级 | |  | 四级 | |  | 其他 |  |
| 家长是否支持 | | 是 □ 否 □ | | | | | | | | | | |
| 以下栏目由各学院填写 | | | | | | | | | | | | |
| 所在临床学院意见：  负责人签字： 日期： 盖章 | | | | | | | | | | | | |
| 成绩年级排名（百分比）：  医学教育办意见：  负责人签字： 日期： 盖章 | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 湘雅医学院意见：  负责人签字： 日期： 盖章 |