****

**中国香港、澳门、台湾地区学生本科试读项目入学申请表**

 Doc. No.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请学习时间 |  年 月 日 至 年 月 日 | 学习专业 |  |

个人基本信息：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓氏 | 名字 | 政治面貌 | 照片 |
| 地区 | 性别  | 民族 |
| 籍贯 | 出生日期 | 出生地点 |
| 港澳台地区身份证号码 | 通行证号码 |
| 宗教 | 特长、爱好 |
| 婚姻状况 | 语言 | 职业  |
| 常用联系电话1. 2.
 | 常住联系地址1. 2.
 |
| 电子邮件 | 其他联系方式（QQ/微信等） |

亲属情况及内地（祖国大陆）事务联系人（如无填无）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶姓名 |  | 配偶年龄 |  | 配偶职业 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  | 其他联系方式 |  |
| 父亲姓名 |  | 父亲年龄 |  | 父亲职业 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  | 其他联系方式 |  |
| 母亲姓名 |  | 母亲年龄 |  | 母亲职业 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  | 其他联系方式 |  |
| 紧急情况联系人 |  | 与本人关系 |  | 联系电话 |  | 其他联系方式 |  |
| 电子邮件 |  | 联系地址 |  |
| 推荐人或机构信息 |
| 推荐人/机构 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮件 |  | 传真 |  |
| 联系地址 |  |

受教育情况：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校 | 在校时间 | 主修专业 | 所获文凭/学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

工作经历：有 □ 无 □

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 | 工作时间 | 工作内容 | 职位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

健康状况：

|  |
| --- |
| 是否（曾）患有下列病史：🞎无有以下🞏毒物瘾 🞏精神病 🞏心理疾病 🞏 高血压 🞏 心脏病 🞏糖尿病 🞏肝炎 🞏肺结核 其他疾病  |

**申请人保证:**

**1.热爱祖国，认同一个中国，无分裂中国的言行；**

**2.申请表中所填写的内容和提供的申请材料均真实、准确、有效，因弄虚作假或故意隐瞒造成的不良后果，由本人自行承担；**

**3.在校期间遵守内地（祖国大陆）法律、法规，不从事任何危害社会秩序的、与学生身份不相符合的活动；**

**4.在校期间，遵守学校的校纪、校规，全力投入学习，尊重学校的教学安排；按规定期限修完学业，按期办理毕业手续，不无故在校滞留；**

**5.本人知晓如若违反内地（祖国大陆）法律、法规或学校校纪、校规，将接受相应惩处。**

申请人签字:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(无此签名，申请无效)

**告知：**

**该项目为试读项目，申请人入学第一年为试读期，不具备正式本科生学籍，试读结束后经考核合格者升入二年级学习，同时我校将按照程序上报上级部门注册本科生学籍，经上级部门审批同意给予注册学籍者可转为正式本科生，审批不通过者则转为进修生结业离校。**

**我校执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》，考生身体情况有该意见中“学校可以不予录取”和“学校有关专业可不予录取”所涉情况的，我校原则上不予录取。另从人才培养、就业工作岗位要求的特殊性考虑，对考生身体状况提出以下要求：**

**有以下情况者我校不予录取：**

(一)患色盲、色弱者。

(二)护理学、助产学等专业按照广西中医药大学普通本科、高职（专科）招生章程执行。

(三)患有重症或难治性癫痫及其他神经系统疾病，精神病未治愈、精神活性物质滥用和依赖者。

**有以下情况者不宜就读我校相关专业：**

(一)任何一眼矫正到4.8镜片度数大于800度者，一眼失明另一眼矫正到4.8镜片度数大于400度者。

(二)斜视、嗅觉迟钝、口吃者。

(三)肢体残疾、行动不便以及面部有明显缺陷者。

(四)女生身高未达155cm、男生身高未达160cm，体弱无力及患晕血症者。

(五)乙型肝炎表面抗原携带者。

**新生入学时进行体检复查，对复查不合格者，我校将视不同情况予以处理，直至取消入学资格。**

**被告知人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(无此签名，申请无效)**

填表注意事项：

1. 表格须用中文正楷字体填写完整，每个表格项目均为必填项，如某个项目确实无可填写内容的，可填“无”，不可留空。
2. 本人联系方式（地址、电话）如有多个，请至少填写2个常用联系方式，其中须包含家庭所在地区（香港、澳门、台湾）联系方式1个。

中国广西南宁市明秀东路179号广西中医药大学 邮编 530001

电话: +86-771-3170256 邮件: fiegxtcmu@126.com 微信公众号:FIE-GXUCM