附件4：

**浙江大学 级秋季入学硕士研究生新生复查表**

系（临床医学院） 专业

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 | | 姓名 | 在校类型 | | 复查结果 | 导师（签名） |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
| 院系意见 | 行政负责人意见： （公章）  签名  年 月 日 | | | 党委（总支）负责人意见： （公章）  签名  年 月 日 | | |

注：1.在校类型分：非定向，定向；

2．此表留存院系。