

# 河北医科大学留学申请表

## Application Form For The Hebei Medical University

Fax/Tel: (86-311)83831950

E-mail: cocodj804@163.com

|  |                         |  |                 |
|--|-------------------------|--|-----------------|
| 姓名 Name: 姓 Surname   |                         | 名 Given Name   |                 |
| 出生日期 Date of Birth   |                         |  | 性别 Sex          |
| 年 year   |                         | 月 month  |                 |
| 日 day  |                         |  |                 |
| 籍贯 Nationality   | 护照号码 Passport No.       |  | 照片<br><br>Photo |
| 婚否 Marital Status  | 民族宗教 Nation or Religion |  |                 |
| 职业 Occupation  | 出生地点 Place of Birth     |  |                 |
| 学历 Highest Academic Degree Obtained                                    |                         |  |                 |
| 家庭住址 Family Address  |                         |  |                 |
| 电话传真 Tel & Fax   |                         |  |                 |
| 个人简历 (自高中开始) Individual Resume (From the Middle School to the Present) |                         |  |                 |
| 时间 Time  |                         | 学习工作单位及职务 School or Employer Affiliated and Occupation |                 |
| 年 Yr 月 Mo~ 年 Yr 月 Mo   |                         |  |                 |
| 年 Yr 月 Mo~ 年 Yr 月 Mo   |                         |  |                 |
| 年 Yr 月 Mo~ 年 Yr 月 Mo   |                         |  |                 |
| 年 Yr 月 Mo~ 现在 Now  |                         |  |                 |
| 来我校学习专业 Field of Study in Our University:                              |                         |  |                 |
| 学习类别 Study Category :  |                         |  |                 |
| <input type="checkbox"/> 本科 Undergraduate Course                       |                         | <input type="checkbox"/> 专科 Junior College Course      |                 |
| <input type="checkbox"/> 硕士研究生 Postgraduate Course                     |                         | <input type="checkbox"/> 博士研究生 Doctor                  |                 |
| <input type="checkbox"/> 汉语 Chinese Course                             |                         | <input type="checkbox"/> 医学进修 Medical Training         |                 |
| 学习期限 Duration:   |                         |  |                 |
| 年 year   |                         | 月 month  |                 |
| 至 to   |                         | 年 year   |                 |
|  |                         | 月 month  |                 |
| 经济担保人 Financial support will be Provided by:                           |                         |  |                 |