附件1：

**兰州大学公共卫生学院2023年博士研究生招生**

**“申请-考核”制笔试考核部分免试申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **考生类别** |  | **报考导师**  **姓名** |  |
| **申请免试**  **科目** |  | | | | |
| **申请理由** |  | | | | |
| **相关佐证材料** | 请以附件形式提供相关佐证材料 | | | | |
| **备 注** | 具体要求参见“兰州大学公共卫生学院2023年博士研究生招生’申请-考核’ 制实施方案） | | | | |
|  | | | | | |
| **以下部分由申报导师填写是否同意，以及由博士招生考核小组组长确认以及学院研究生招生领导小组签署是否予以免试意见。** | | | | | |
| **报考导师对于申请考生是否予以免试的意见：**  同意免试考核。  不同意免试考核。  报考导师签字：  日期： | | | | | |
| **博士招生考核小组组长确认以及学院研究生招生领导小组意见：**  签字：  日期： | | | | | |