附件2：

研究生助力团成员基本信息表( 县)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 | |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 健 康  状 况 |  | 爱好特长 |  |
| 所在学院 |  | | 专业年级 |  | |
| 本人联系电话 |  | | 意向工作地点 |  | | 是否服从调剂 |  |
| 家庭联系电话 |  | | 导师姓名  及电话 |  | | | |
| 简  历 | (从大学填起) | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | |
| 导师  意见 | 导师签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 所在  院系  意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 学校意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 本人  承诺 | 所填信息全部属实,如有虚假,本人愿意承担由此造成的一切后果。  签名：  年 月 日 | | | | | | |