**温州医科大学与美国新英格兰视光学院**

**合作培养眼视光学博士研究生申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | | |
| 出生地 |  | | |
| 身份证号码 |  | | |
| 家庭住址 |  | | |
| 联系号码 | 电话 手机 email: | | |
| 婚姻 | 未婚 □  已婚 □ （请写出配偶姓名、生活地区、工作单位和最高学历） | | | |
| 家庭成员 | 请写出父亲和母亲及兄弟姐妹的姓名、生活地区、工作单位和最高学历 | | | |
|  | | | |
| 学习经历  （从高中起） |  | | | |
| 工作经历  （从大学毕业起） |  | | | |
| 有否能力自行支付学习开支 |  | 经费的来源说明  （详细说明来自家庭或其他来源） |  | |
| 您的预算是否得到父母同意 |  | 得到配偶的同意 |  | |
| 毕业后的去向预见 | | | | |
|  | | | | |
| 考生签字： | | | | |