**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： |