山西医科大学
2024 年申请审核制博士研究生政治思想情况审核表

身份证号:

年 月 日

姓名		性 别		出生年月	
报考专业			学习单位		

考生政治思想水平评定:

负责人签字:

单位党委组织部门章:

年 月 日