



上海交通大学医学院国际学生入学申请表

Shanghai Jiao Tong University School of Medicine
The Application Form for International Students

申请编号 (学校填写)	
----------------	--

(本表格使用黑色签字笔正楷字体或电脑填写)

基本信息 Basic Information

护照姓名 Passport Name	(名 Given Name) (姓 Surname)	中文姓名 Chinese Name		性别 Gender	<input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male	照片 Passport Style Photo
母语 Native Language		宗教信仰 Religion		婚姻状况 Marital Status	<input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single	
出生日期 Date of Birth		出生国家 Country of Birth		出生城市 City of Birth		
国籍 Nationality		护照号码 Passport No.		护照有效期 Passport Expiration Date		
是否持有有效的外国护照或国籍证明文件 4 年（含）以上？				<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No		
本人出生时，是否父母双方或一方为中国公民？				<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No		
是否曾持有中国旅行证、中国护照或中国户籍？				<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No		
最高学历 Final Education Qualification	<input type="checkbox"/> 高中 High School <input type="checkbox"/> 本科 Bachelor <input type="checkbox"/> 硕士研究生 Master <input type="checkbox"/> 博士研究生 Doctoral		最高学历学校 Institution Name		最高学历主修专业 Field of Study	
当前学习或工作单位 Current Institution/Employer			职业 Occupation			
汉语水平 Chinese Proficiency	<input type="checkbox"/> 很好 Excellent <input type="checkbox"/> 好 Very Good <input type="checkbox"/> 一般 Good <input type="checkbox"/> 较差 Poor <input type="checkbox"/> 不会 No Knowledge				HSK 等级 HSK Level	

申请类别 Application Category

学位课程 Degree Programs	本科(五年制) Bachelor Program (5 Years)		<input type="checkbox"/> 临床医学 Clinical Medicine <input type="checkbox"/> 口腔医学 Stomatology					
	硕士研究生 Master Program	<input type="checkbox"/> 学术型 Academic <input type="checkbox"/> 专业型 Professional	专业名称 Major		导师姓名 Tutor		培养单位 Institute/Hospital	
	博士研究生 Doctoral Program							
非学位课程 Non-degree Programs	<input type="checkbox"/> 普通进修生 General Advanced Student <input type="checkbox"/> 高级进修生 Senior Advanced Student		进修科室 Department				培养单位 Institute/Hospital	

受教育情况及工作经历 Education and Employment History

教育经历 (高中起) Education History (Since High School)	起止时间 Duration	学校 School Name	主修专业 Major	获得学历证书名称 Qualification	学校所在国家 Country of school
工作经历 Employment	起止时间 Duration	工作单位 Employer	从事工作 Work Engaged	职务及职称 Title & Position	

亲属情况 Family Members

	护照姓名 Passport Name	年龄 Age	国籍 Nationality	现居地 (国家/城市) Current Living Country & city	当前工作单位 Current Employer	职业 Occupation	职务及职称 Title & Position
父亲 Father							
母亲 Mother							
配偶 Spouse							
兄弟/姐妹 Brother/ Sister							
其他 Other							

联系信息 Contact Information

		联系电话 Tel		电子邮箱 Email		国家 Country	详细地址 Address	
永久联系方式 Permanent Contact Information		+ ()						
录取文件寄送地址 Admission Documents Mailing Address		+ ()						
	护照姓名 Passport Name	关系 Relationship	职业 Occupation	联系电话 Tel		电子邮箱 Email		详细地址 Address
经费担保人 Financial Sponsor				+ ()				
在华事务联系人 Contact Person in China				+ ()				

申请人申明 Statement of applicant:

- 1、 上述所填写的各项信息真实无误，若有虚假，其结果概由本人负责。

I will be responsible for the information provided in this form which is true and correct.

- 2、 申请及在校期间遵守中国的法律法规及学校规章制度。

I shall abide by the laws of China and the regulations of the school.

- 3、 按照医学院规定缴纳各项费用。

I will pay all fees according to the school regulations.

- 4、 无论录取与否，申请材料及报名费均不退还。

I acknowledge that the application materials and application fee are not refundable.

申请人签名 **Signature:**

申请日期 **Date:**

备注 Note:

- 1、 表格内容均为必填。

All forms must be filled in.

- 2、 如有疑问请联系上海交通大学医学院留学生教育中心。

Please contact International Students Office of Shanghai Jiao Tong University School of Medicine for further information.

邮箱 (Email): liuxue@shsmu.edu.cn

电话 (Tel): +86-21-63847078