

# 大连医科大学毕业生派遣回生源地申请表

姓名		专业		学历	
学号		生源地			
联系方式	个人手机号码		家人手机号码		
	家庭固定电话		E-MAIL		
	家庭详细地址及邮编				
申请原因	<p> <input type="checkbox"/> 已在生源地落实用人单位（单位名称：_____）         </p> <p> <input type="checkbox"/> 回生源地继续落实用人单位         </p> <p> <input type="checkbox"/> 回生源地准备考研或出国         </p> <p> <input type="checkbox"/> 其他 _____         </p> <p style="text-align: right;">           申请人签字：         </p> <p style="text-align: right;">           年      月      日         </p>				
学院审查意见	<p>盖 章</p> <p>年      月      日</p>				
学校就业部门意见	<p>盖 章</p> <p>年      月      日</p>				