

**山西医科大学**  
**2023 年报考攻读博士学位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

1. 此表由考生档案管理单位进行评定
2. 此表在考生参加复试前向报考院系提交