

山西医科大学

2026 年硕博连读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