

**首都医科大学
外国留学生入学申请表（研究生）**

Capital Medical University

Application Form for International Students(Master and Ph.D Programs)

姓名/ Name:		姓/Family Name	名/Given Name	照 片 Photo
国籍/Nationality	护照号码/Passport No.	性别/Sex	婚否/Marital Status	
出生日期: Date of Birth:	年 月 日 y. m. d.	出生地点: Place of Birth:		
最后学位/Highest Academic Degree Obtained:			职业/Occupation:	
本国通讯地址: Mailing Address in Home:		中国通讯地址: Mailing Address in China:		
电话、传真号码或电子邮件: Telephone, fax number or e-mail:		电话、传真号码或电子邮件: Telephone, fax number or e-mail:		
来 校 学 习 要 求 Academic Preferences at Beijing University of Chinese Medicine				
申请学习类别 Categories of Students	申请专业 Specialty for Application	申请学院（所） academy for Application	申请导师 tutor for Application	
1 硕士 master degree <input type="checkbox"/>				
2 博士 doctor degree <input type="checkbox"/>				
中文水平 Chinese proficiency:	阅读/Reading	写作/Writing	会话/Speaking	
推荐人: Name of Recommender:	职业: Occupation:			
通讯地址: Address:				
电话号码: Telephone Number:				

在华担保人 (应为在京有正式工作的中国人): Sponsor in China (who is Chinese in Beijing and has regular occupation):		职业: Occupation:	
通讯地址: Mailing Address:			
电话号码: Telephone Number:		身份证号码: ID Number:	
申请人保证: 1. 上述各项中所提供的情况是真实无误的; 2. 在中国学习期间遵守中国的法律和学习规章制度。			
I hereby affirm that 1. All the information in this form is true and correct 2. I shall abide by the laws of the Chinese Government and the Regulations of your University.			
日期: Date		申请人签字: Applicant's signature:	
备注: 申请人在交此表时,请同时提交: 1、个人陈述 2、最后学位证书(复印件) 3、学习成绩单(复印件) 4、推荐信(原件) 5、担保书 6、汉语水平考试(HSK)考试成绩单复印件 7、护照复印件 8、报名费		Attention: Applicant should submit the 1、Personal Statement 2、Official certificate of the applicant highest education; 3、Academic records; 4、Letters of recommendation; 5、Letters of sponsor; 6、HSK 7、Passport copy 8、Application fee.	

地址: 中国 北京右安门外西头条 10 号
 电话: 8610—83911095
 传真: 8610—83911051—67
 邮编: 100069
 网址: www.ccmu.edu.cn

Address: No.10 Xitoutiao, You An Men
 Beijing 100069 P.R.China
 Tel: 86-10-83911095
 Fax: 86-10-83911051—67
 Web site: www.ccmu.edu.cn

担 保 书

我愿意做 _____ (性别 _____ 国籍 _____ 本国地
址 _____) 在中国 首都医科大学 学习期间的担保人, 保证该生遵守
中国的法律、法规, 遵守 首都医科大学 的各项规章制度, 按时交纳各项费用 (学费、报名费、
教材费、住宿费、服务费)。如有违反, 我愿意承担担保人的责任。

担保人 (签名) : _____ 年 月 日

担保人姓名 _____ 性别 _____ 出生日期 _____

身份证号码 _____

工作单位、职务 _____

联系地址 _____

联系电话 _____

在华担保人身份证复印件粘贴处