**附件3.**

**广州中医药大学第八临床医学院**

**2024年研究生招生复试考生意向导师志愿表**

**考生姓名： 考生编号： 考生手机号码：**

**研究方向代码： 研究方向名称：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **考生志愿** | **拟填报****导师姓名** | **考生志愿** | **拟填报****导师姓名** |
| 第一志愿 |  | 第七志愿 |  |
| 第二志愿 |  | 第八志愿 |  |
| 第三志愿 |  | 第九志愿 |  |
| 第四志愿 |  | 第十志愿 |  |
| 第五志愿 |  | 第十一志愿 |  |
| 第六志愿 |  | 第十二志愿 |  |
| 是否服从志愿分配:□是 □否。 签名： |

 **考生签名确认（手写）：**

**说明：**

需调剂中医专业中医五官科学方向的考生填写自愿调剂申请表。