附件2

**研究生信息表-办理医保用**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 性别 | □女 □男 |
| 出生日期 | 年 月 日 |
| 血型 |  |
| 过敏史疾病史 | 如有过敏史或疾病史，请详细说明，若无，填写无 |
| 常用Email |  |
| 个人手机号码 |  |
| 家庭地址 |  |
| 列车乘车区间（昆明往返家庭所在地） |  |
| 婚育状况 | □未婚 □已婚未育 □育有1孩 □育有2孩 |
| 直系亲属 | 父亲姓名： 电话：母亲姓名： 电话：爱人姓名： 电话： |
| 户口迁往研究所否 | □是 □否 |

**备注：此表请于8月15日前与《通知》第六条中的材料一并寄到研究生部。**