

< **FORM-1** >

学历				
请详细记载				
校名	入学及毕业日期	学校地址	获得毕业证, 学位日期	学校电话
小学				
	/ / ~ / /			
	/ / ~ / /			
初中				
高中				
大学				

校内宿舍申请	
您打算住校内宿舍吗?	
是	否 (打算自己找校外的宿舍)

< **FORM-2** >

自我介绍 (性格, 成长背景等 - 自由形式)

< **FORM-2** >

家庭背景

■ 父

1. 姓名 (中文) _____ (英文) _____
2. 出生日期 _____ 3. 最后学历 _____
4. 工作单位 _____ 5. 在职期间 _____ 6. 现职位 _____
7. 单位电话 _____ 8. 手机号 _____

■ 母

1. 姓名 (中文) _____ (英文) _____
2. 出生日期 _____ 3. 最后学历 _____
4. 工作单位 _____ 5. 在职期间 _____ 6. 现职位 _____
7. 单位电话 _____ 8. 手机号 _____

经济担保人

学生个人信息

1. 性别(Sex) : 男(Male) 女(Female)
2. 姓名(Name) : (中文) _____ (英文) _____
3. 出生日期(Date of Birth) : _____

经济担保人情况

1. 性别 : 男 女 2. 关系 : 本人 父 母
3. 姓名 : (中文) _____ (英文) _____
4. 出生日期 : _____
5. 职业 : _____
6. 通讯地址 : _____
_____ (邮编) _____
7. 电话 : _____ (手机号) _____
- 本人愿意为上述申请人承担留学期间的一切费用。
- 姓名 : _____ 签字 _____
- 日期 : 月 日 年

Medical Check-up Report (外国人体格检查记录)

第一部分：基本信息

姓名	(姓)	(名)	(中间名)
出生日期 (年/月/日)		国籍	
性别	男	女	

第二部分：疫苗接种情况

“第二部分”可由申请人填写。TDP和MMR是强制性的疫苗接种，成功入学的候选人必须在来DSU之前获得这些疫苗接种。

疫苗	疫苗接种史	疫苗类型	最后接种日期	详情
破伤风-白喉-百日咳 (TDP)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	<input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DTwP/DTaP <input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> 不清楚	年/月/日	
麻疹腮腺炎风疹 (MMR)	<input type="checkbox"/> 是 连续时间： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	<input type="checkbox"/> Monovalent <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> MMRV <input type="checkbox"/> 不清楚	年/月/日	<input type="checkbox"/> MMR Ab阳性 <input type="checkbox"/> 两剂MMR疫苗
甲型肝炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	<input type="checkbox"/> HepAHepB <input type="checkbox"/> HepA <input type="checkbox"/> 不清楚	年/月/日	<input type="checkbox"/> 甲肝感染史 <input type="checkbox"/> 甲型肝炎抗体阳性
乙型肝炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	<input type="checkbox"/> HepAHepB <input type="checkbox"/> HepB <input type="checkbox"/> 不清楚	年/月/日	<input type="checkbox"/> 乙肝病毒携带者还是慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 乙肝抗体阳性 (HBsAB (+))
水痘	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		年/月/日	<input type="checkbox"/> 水痘感染史 <input type="checkbox"/> 水痘抗体阳性
乙型脑炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	<input type="checkbox"/> 第二剂 <input type="checkbox"/> 第三剂 <input type="checkbox"/> 不清楚	年/月/日	※如果有可能要接触乙脑病毒，将对所有第二剂量系列接种人群增加剂量。 (首次接种后1年)

第三部分：体检结果

医生/临床医生请在下面输入检查结果。

肺结核相关的胸部X线检查	
心电图	

第四部分：其他

在过去五年里，是否接受过精神病学家、精神分析学家或心理学家的治疗？	
-----------------------------------	--

建议加盖公章

医师签字日期

※如包含本体检表以上所有体检信息，可替换为任何医院体检表。