附件5

济宁医学院2023届

校级优秀毕业研究生初选名单

学院名称（盖章）： 经办人： 负责人： 日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **学院** | **学号** | **姓名** | **综合测评名次/总人数** |
| *示例* |  | *务必填写准确* |  | *3/65* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：综合测评成绩的时间跨度是从入学到毕业的所有学年。