

关于硕士研究生招生政审调档函

_____:

贵单位_____报考我校 2025 年硕士研究生，初试、复试成绩均合格，现已拟录取。根据国家教育部有关规定需进行思想政治审查，请贵单位协助做好以下工作：

1.请贵单位在考生《思想政治品德考核表》上对该同志的思想政治品德和工作表现作详细的书面介绍。内容必须包括考生的政治态度、思想觉悟、道德品质、劳动纪律、奖惩情况、遵纪守法、是否参加过法轮功等邪教组织等各方面的情况。

2.请将该同志的人事档案材料，连同思想政治审查鉴定表寄送杭州师范大学公共卫生与护理学院党委，以便审查，审查合格档案不再寄回。（如果该同志为贵单位定向就业研究生，其人事档案不必寄来，只需寄《思想政治品德考核表》；如果该同志为应届本科毕业生，其人事档案请在 5-7 月再寄出，目前只需寄考生《思想政治品德考核表》。）

3.请说明该同志是否为现役军人，是否是用人单位的定向生或委托代培生。若是，定向、委托单位是否同意其报考。

4.《思想政治品德考核表》（附件 3）与《考生档案材料目录反馈单》（附件 2）务必于 4 月 15 日前寄到：浙江省杭州市余杭区仓前街道余杭塘路 2318 号慎园 8 号楼 501A，电话：0571-28865620，联系人：李老师（护理方向研究生），谢老师（公卫方向研究生）。特此函达，请贵单位给予支持！

中共杭州师范大学公共卫生与护理学院委员会（盖章）

2025 年 4 月 1 日

附件 2

考生档案所在单位:

现因研究生招生工作需要, 需要调取考生人事档案材料, 请贵单位协助将考生的人事档案材料寄到我校。若为应届生可在考生毕业后于 7 月 10 日前将档案寄出。请贵单位核对考生档案目录, 如果有 (应届生若即将能完成归档), 请在“是否归档”栏内打“√”, 如果没有, 请在“说明未归档原因”栏内说明, 并将目录随同《思想政治品德考核表》一起寄回。非常感谢贵单位对我校研究生招生工作的大力支持。

杭州师范大学公共卫生与护理学院

2025 年 4 月 1 日

附: 考生档案材料目录反馈单

序号	档案材料名称	是否归档	说明未归档原因	备注
1	高中毕业生登记表*			
2	报考大学考生登记表*			
3	学士学位证明书*			
4	大学毕业生登记表*			
5	大学期间的奖惩材料*			如有任何处分或通报材料请务必注明
6	大学期间学习成绩单*			
7	实习证明材料*			
8	入党申请书			党员要有党员完整材料, 积极分子要有积极分子完整材料 (可与人事档案分袋装好一起寄出)
9	入党志愿书			
10	入团申请书			团员需要有团员完整材料, 随人事档案一起寄出。
11	入团志愿书			
12	大学入学体检表			
13	大学毕业生体检表			
14	干部履历表			
15	职称评定表			
16	工作考核表			

注: 档案材料名称后加“*”的为必须具备的材料, 请务必确定它在档案袋中。

杭州师范大学研究生考生思想政治品德考核表

姓名		性别		身份证号		政治面貌	
准考证号				(<input type="checkbox"/> 本科、 <input type="checkbox"/> 同等学力) 毕业学校		毕业专业	
复试学院				复试专业代码及名称			
档案所在单位、地址、邮编							
以上内容由考生本人填写；以下内容由单位填写并盖章							
考生 本人 档案 或 工作 所在 单位 组织 鉴定	<p>政审意见(内容必须包括考生的政治态度、思想觉悟、道德品质、劳动纪律、奖惩情况、遵纪守法、是否参加过法轮功等邪教组织等各方面的情况)。</p>						
审查结果				负责人签名:	盖章 1:	年	月 日
招生 学院 审查	审查意见:						
审查结果				审查人签名:	盖章 2:	年	月 日
备注:							

说明: 1. 盖章 1 说明: (1) 应届生由在读高校所在院系党组织审查盖章; (2) 在职人员由人事关系所在工作单位政工或人事部门审查盖章; (3) 其他人员由档案所在单位政工或人事部门盖章。

2. 审查结果可填合格、不合格等。

附件 4:

杭州师范大学研究生体检表

所在学院: 考生姓名: 身份证号:
 复试专业代码: 复试专业名称: 考生编号:

姓名		性别		出生年 月 日	婚否		黑 半 正 彩 身 面 照 一 脱 片 寸 帽		
文化程度		民族		职业					
籍贯		考生本人 通讯地址							
所在单位 名称				联系电话					
既往病史							体检医院 骑缝章		
(以上由考生本人如实填写)									
五官科	眼	裸 眼 视 力	右	矫 正 视 力	右 矫正度数			医师意见 (签字) 1、眼科 2、耳鼻喉科 3、口腔科	
			左		左 矫正度数				
		其 他 眼 病		色 觉 检 查	彩色图案及编码 单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄				
	耳	听 力	右 米		耳 疾				
			左 米						
	鼻	嗅 觉			鼻 及 鼻 窦 疾 病				
	颜面部				咽 喉				
口腔	唇			门 齿					
其他									
外科	身高	厘米		体 重	千克		皮 肤	医师意见 (签字)	
	淋巴			甲状腺			脊 柱		
	四肢								
	关节				平跖足				
	其他								

说明: 此表由考生本人体检时贴好照片交医院。“既往病史”一栏, 考生必须如实填写, 如发现隐瞒严重疾病, 不符合体检标准的, 即使已录取入学, 也必须取消入学资格。

(若体检医院选用医院自己的体检表, 体检项目必须涵盖此份体检表的所有项目。)

内科	血 压	毫米汞柱		心 率 (次/分)			医师意见 (签字)	
	发 育 及 营 养 状 况							
	神 经 及 精 神							
	呼 吸 系 统							
	心 脏 及 血 管							
	腹 部 器 官	肝						
		脾			肾			
	其 他							
化 验 检 查 (要附化验单据)	血常规		肝功能		尿常规			
胸 部 透 视 检 查 (要附检查单据)					医师签字			
其 他 检 查		口 吃			外 貌 异 常			
体 检 结 论	负责医师签字: (体检医院盖章) 年 月 日							
复 审 意 见	复审单位签字 (盖章)							
备 注								

说明：请统一采用白色 A4 打印纸双面打印。