浙江工商大学2023级研究生新生入学资格审查汇总表（一）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学院名称 |  | | | 学院代码 |  | | 填报日期 |  |
| 培养类别 | 招生类型（人） | | | 资格复查情况（人） | | | 复查结果（人） | |
| 全日制  非定向 | 全日制  定向 | 非全日制 | 实际报到 | 保留入学资格 | 放弃报到或退学 | 合格并准予注册 | 不合格 |
| 博士生 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 硕士生 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 资格  复查  情况  说明 | 1.已核查政治思想、道德品质、业务水平等，符合要求。□是 □否  2.学生入学各项手续已经办理完毕。□是 □否  3.已复查非定向研究生档案有\_\_\_\_\_\_人到校，档案材料合格人数为\_\_\_\_\_\_人。  4.已完成健康复查，体检不合格人数为\_\_\_\_人（体检不合格者须附校医院诊断意见）。  5.入学资格复查不合格人数为\_\_\_\_人（复查不合格的请填写新生入学资格复查异常情况统计表）。  6.全日制非定向新生中，无固定工资收入人数为\_\_\_\_人。目前有缴纳社保或存在单位代缴社保情况人数为\_\_\_\_人，在单位获得兼职收入或不定期工资收入人数为\_\_\_\_人，每月固定收入是否超过3000元人数为\_\_\_\_人。（如无以上情况，请填写0人）  其他需要说明的情况： | | | | | | | |
| 学院意见 | 辅导员签字： 分管学生工作负责人签字：  （学院盖章） | | | | | | | |

注：此表电子版发送至zjgsuygb1040@163.com，纸质版交至研工部（综合楼1040室，28872265）。复查不合格者须填写新生入学资格复查异常情况统计表，体检不合格者须附校医院诊断意见，一并交至研工部。

浙江工商大学2023级研究生新生入学资格复查异常情况统计表

学院（加盖公章）： 共 页，第 页

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省份 | 姓名 | 性别 | 考生号 | 学号 | 学科（专业）名称 | 问题现象 | 复查结果 | 处理建议 | 复查人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 说明：（1）本学院录取研究生新生 名（其中全日制研究生 人，非全日制研究生 人），报到 名，通过资格审查 名；未通过资格审查 名，未通过或有疑问的请填在上表内。  （2）复查结果包括：体检不合格、冒名顶替、报考资格不符合、档案材料不符等。  （3）处理建议包括：保留入学资格、取消入学资格及其他需要说明的特殊情况等。  （4）10月13日前以学院为单位报送，电子版发送至zjgsuygb1040@163.com，纸质版交至研工部（综合楼1040室）。 | | | | | | | | | |

负责人： 填表人： 联系电话： 填表时间： 年 月 日

浙江工商大学2023级研究生新生固定收入情况排查统计表

学院（加盖公章）： 共 页，第 页

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 学号 | 专业名称 | 是否缴纳社保（包含单位代缴） | 是否有单位兼职收入或不定期收入 | 是否为公司法人代表 | 是否有固定工资收入 | 复查人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 说明：  （1）本学院录取研究生新生中，缴纳社保（包含单位代缴）有 人，在单位获得兼职收入或不定期工资收入有 人，公司法人代表有 人，固定工资收入有 人（月固定收入超过3000元有 人。）  （2）如有上述情况，需填写此表格。  （3）10月13日前以学院为单位报送，电子版发送至zjgsuygb1040@163.com，纸质版交至研工部（综合楼1040室）。 | | | | | | | |

填表人： 联系电话： 填表时间： 年 月 日