**锦州医科大学硕士研究生导师双选审批表**

**（全职导师、论文导师）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学 号** |  | **姓 名** |  | **性 别** |  | **政治面貌** |  |
| **录取专业** |  | **研究生类型** | □学术型 □专业型 |
| **规培单位及地址** |  |
| **初试成绩** |  | **英语水平（成绩）** | **CET4**  | **CET6** |
| **毕业院校** |  | **毕业专业** |  |
| **家庭住址** |  | **联系电话** |  |
| **申报导师姓名** |  | **申报导师单位** |  |
| **申报导师带教身份** | □全职导师 □论文导师 （在相应“□”内划“√”） |
| **已确定临床导师学生填写** | **临床老师姓名** |  |
| **临床导师单位** |  |
| **学生本人签字：**年 月 日 |
| **导 师 意 见** | 本人同意带教该生，指导其开题、科研及毕业答辩，发表符合学校要求的学术论文。签 字：年 月 日 |
| **导师所在单位****意 见** | 盖 章：年 月 日 |
| **研究生学院****意 见** | 单位公章：年 月 日  |

**注：A4纸打印，此表格一式两份，研究生学院及导师所在单位研究生管理部门各留存一份**