**同等学力研究生导师双选志愿表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** | |  | **学号** | |  | | 粘贴2寸证件照  （底色不限） |
| **手机号码** |  | | | | **外语、级别** | |  | |
| **当前工作**  **单位** |  | | | | **拟攻读学位专业**  **（填写二级学科，内科、外科填至三级学科）** | |  | |
| **毕业学校** |  | | | | **毕业专业** | |  | | |
| **参加住院医师规范化培训专业及培训开始或已获得《合格证》时间** | | | 年 月， 专业，注册规培；  年 月， 专业，（预计）规培结业，获得《合格证》。 | | | | | | |
| **拟报**  **导师**  **意向** | **拟报导师姓名** | |  | | | | **拟报导师专业** | |  |
| **拟报导师联系方式** | |  | | | | | | |
| **学习、工作简历**  **(填写大学及以后学习、工作经历)** |  | | | | | | | | |
| **发表论文及参与科研情况** |  | | | | | | | | |
| **导师签字** | - 非考生填写栏- | | | | | **附属医院科教科/部盖章：**  **（应为导师所在单位）** | | - 非考生填写栏- | |
| **研究生院审核** | - 非考生填写栏- | | | | | | | | |

注：此表纸质版1式1份，经导师签字、科教科（部）盖章后按通知要求上交。