湖北医药学院研究生专业方向调整申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |  | | 学号 |  |
| 原专业 |  | | 申请转入  专业 | |  | | |
| 原研究方向 |  | | 申请转入  研究方向 | |  | | |
| 指导教师 |  | | 导师手机号码 | |  | | |
| 专业方向调整原因 | 签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 导师意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 学院/单位  意见 | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 学校意见 | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |

备注：此表办理完毕，原件留存研究生院用于操作学籍；学生所属学院和学生留存复印件。