**锦州医科大学硕士研究生临床导师双选审批表**

**（临床导师）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |
| **申报临床导师姓名** |  |
| **申报临床导师单位** |  |
| **学生本人签字：**年 月 日 |
| **临 床 导 师****意 见** | 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，此表格一式一份，研究生学院及导师所在单位研究生管理部门各留存一份**