**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**