20 级在职申请硕士学位人员导师选配表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学 号 |  | 姓 名 |  |
| 本科毕业学校 |  | 本科毕业专业 |  |
| 现工作单位 |  | | |
| 现从事专业 |  | 联系电话 |  |
| 申请学位专业 |  | E-mail |  |
| 导师姓名 |  | 导师所在单位 |  |
| 导师研究方向 |  | | |
| 导师意见：  导师签名：  年 月 日 | | | |
| 导师所在单位意见：  导师所在医院科教部门公章：  年 月 日 | | | |
| 培养学院意见：  培养学院公章：  年 月 日 | | | |