

宁夏医科大学 2018 年博士研究生招生双向选择表

姓名		性别		出生日期	年 月 日	照 片
硕士毕业院校						
现工作单位						
联系电话						
复试专业						
<p>1. 拟选导师:</p> <p style="text-align: center;">导师姓名_____ 合作导师姓名_____</p> <p>2. 拟选培养类型 (学博、专博, 仅限报考临床医学专业考生填写)</p> <p style="text-align: center;">首选_____ 学专均可 (同意划○ 不同意划X) _____</p> <p>3. 是否同意调剂 (划√):</p> <p style="text-align: center;">导师 (是 否) 培养类型 (是 否) 二级学科专业内 (是 否)</p> <p style="text-align: right;">学生签名: _____</p>						
<p>导师考核意见: (是否同意接收指导)</p> <p style="text-align: right;">导师签名: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						
<p>学位点意见:</p> <p style="text-align: center;">负责人: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				<p>培养单位意见:</p> <p style="text-align: center;">盖章 _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		
<p>研究生院意见</p> <p style="text-align: right;">学院盖章 _____</p>						

注: 本表一式二份,学院与研究生院各存一份