

南京医科大学

跨学科联合培养临床（口腔）医学专业学位博士研究生申请表

考生姓名		性别		身份证号	
英语成绩		医疗职称		工作单位	
临床学院		临床导师		报考专业	
基础学院		基础导师		报考专业	
申请联合培养理由					
本人承诺	<p>本人作为联合培养专业学位的博士生已充分知晓《关于跨学科联合培养临床（口腔）医学专业学位博士研究生的有关规定》，且须于 2019 年 9 月（开学日期）至 2020 年 12 月 31 日在学校进行课程学习并在导师所在课题组从事临床科研训练。</p> <p style="text-align: right;">签名 年 月 日</p>				
临床学科导师意见	<p style="text-align: right;">签名 年 月 日</p>				
所在临床学院意见	<p style="text-align: right;">签名（签章） 年 月 日</p>				
基础学科导师意见	<p style="text-align: right;">签名 年 月 日</p>				
所在基础学院意见	<p style="text-align: right;">签名（签章） 年 月 日</p>				
研究生院意见	<p style="text-align: right;">部门主管（签章） 年 月 日</p>				