**2019年招收在职临床（口腔）医学专业学位博士生申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 招生专业 |  |
| 医疗职称及获聘年月 |  | 电子信箱 |  | 移动电话 |  |
| 本人已知晓：  1、每年单独招收该类型博士生仅限1名，且累计在读人数不超过6名。  2、本人已知晓《南京医科大学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》，联合培养专业学位博士的招生、复试、录取及培养工作均由基础学科导师主导完成，且每年招收联合培养专业学位博士生仅限1名。  3、如果2019年拟招收联合培养专业学位博士，须由合作的基础学科导师填写相关申请，并通过我校2019年有关招生简章公布，否则不予招收（不予接收调剂）联合培养专业学位博士。  申请人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 所在科室意见（是否具备培养临床（口腔）专业学位博士条件，是否同意其招收专业学位博士）：  负责人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| 所在学院意见：  负责人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| 研究生院意见：  负责人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | |

备注：1、申请招生导师必须是在职博士生导师，且须获聘主任医师。

2、**待2018级专业学位博士拟录取名单确定后，研招办会统计申请导师目前专业学位博士在读人数，在读人数超过6名的临床导师，2019年不予招生。**