**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 | | 本人作为联合培养专业学位的博士生，须于2017年9月（开学日期）至2018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。  签名  年 月 日 | | | | |
| 临床学科导师意见 | | 签名  年 月 日 | | | | |
| 所在临床学院意见 | | 签名（签章）  年 月 日 | | | | |
| 基础学科导师意见 | | 签名  年 月 日 | | | | |
| 所在基础学院意见 | | 签名（签章）  年 月 日 | | | | |
| 研究生院意见 | | 部门主管（签章）  年 月 日 | | | | |