**2020年招收跨学科联合培养在职临床（口腔）医学专业学位博士生基础学科导师申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 学院 |  |
| 招生  专业 |  | 电子信箱 |  | 移动电话 |  |
| 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。每年招收该类型博士生限1名，累计在读此类型博士生人数超过6名的导师不能申请。  本人申请2020年招收联合培养专业学位博士，合作临床导师为 ，招生临床专业为 ，学院/附院 。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 所在学院意见：  负责人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| 临床导师意见：  签字：  年 月 日 | | | | | |
| 临床导师所在学院意见：  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：待2019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联合培养专业学位博士在读人数，累计在读此类型博士生人数超过6名的基础学科导师，2020年不予招生。**