**南京医科大学20 年全日制临床（口腔）专业学位博士**

**校内优选报考申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | |
| 学号 |  | 学院 |  | | | |
| 硕士专业（内外科具体到三级学科） |  | 报考博士专业（内外科具体到三级学科） | |  | | |
| 报考意向导师  （不作为选导依据） |  | | | | | |
| 英语六级成绩 |  | 临床医学执业医师资格考试理论成绩 | | | |  |
| 临床轮转计划完成情况 | 所属学院（盖章）  　　　　　　　　　 　　年 月 日 | | | | | |
| 学位课程成绩审核意见 | 研究生院培养办（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 研究生院审核意见 | 研究生院（盖章）  年 月 日 | | | | | |

注：1.定向、委培硕士须有原单位同意其报考全日制临床（口腔）专业学位博士生书面意见（加盖单位人事部门公章）。

2.学位课程成绩审核意见由研究生院统一处理，无需考生自行前往培养办。