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

<table>
<tr><td>考生姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>英语成绩</td><td></td><td>医疗职称</td><td></td><td>工作单位</td><td></td></tr>
<tr><td>临床学院</td><td></td><td>临床导师</td><td></td><td>报考专业</td><td></td></tr>
<tr><td>基础学院</td><td></td><td>基础导师</td><td></td><td>报考专业</td><td></td></tr>
<tr><td>申请联合培养理由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>本人承诺</td><td colspan="5">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**入学后在**导师所在课题组从事临床科研训练（时间不少于 18 个月），并于**次年春季在**学校进行课程学习。
签名
年　月　日</td></tr>
<tr><td>临床学科导师意见</td><td colspan="5">签名
年　月　日</td></tr>
<tr><td>所在临床学院意见</td><td colspan="5">签名（签章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>基础学科导师意见</td><td colspan="5">签名
年　月　日</td></tr>
<tr><td>所在基础学院意见</td><td colspan="5">签名（签章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>研究生院意见</td><td colspan="5">部门主管（签章）
年　月　日</td></tr>
</table>