附件1

**南京医科大学2025年临床（口腔）医学专业学位博士**

**临床（口腔）医学学硕校内优选试点导师招生申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 导师姓名 |  | 导师编号 |  | 出生年月 |  |
| 2025年简章  招生专业 |  | | | | |
| 国家级在研项目（至2025年9月在研） | 项目来源：  项目编号：  项目名称：  项目起止时间： | | | | |
| 是否已申报2025年基本计划 | □是 □否 | | | | |
| 导师意见 | 本人已知晓：只能接收本人指导的三年级临床（口腔）医学学术学位硕士研究生报考，且每位导师只能录取1名此类学生，**占用导师2025年博士招生计划**。如录取学生不符合硕士毕业或硕士学位授予要求，将取消其入学资格。  签名：  年 月 日 | | | | |
| 学院审核  意见 | 负责人签名： （盖章）  　　　　　　 　 　　年 月 日 | | | | |
| 研究生院  审核意见 | 研究生院（盖章）  年 月 日 | | | | |

**注：国家级在研项目只需填写一条符合要求的项目即可**