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**