附件2

**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选拔申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学号 |  | 就读专业 |  |
| 报考博士导师 |  | 报考博士专业 |  |
| 英语六级成绩 |  | 移动电话 |  |
| 硕士课程成绩审核意见 |  学院研究生管理办公室（盖章） 年 月 日 |
| 申请博士导师是否同意报考（应对其思想品德、科研潜质、创新能力等做客观评价） |  申请博士导师签名： 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 |