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》，且须于2021年春季开学后在学校进行课程学习并在导师所在课题组从事临床科研训练（时间不少于18个月）。
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>