附件2

广西医科大学研究生转导师转专业考核小组意见表

|  |
| --- |
| 考核时间： 地点： 记录人： |
| 研究生基本信息 | 姓名 |  | 学号 |  |
| 性别 |  | 年级 |  |
| 联系电话 |  | 年龄 |  |
| 原导师 |  | 拟转入导师 |  |
| 原专业 |  | 拟转入专业 |  |
| 原学位类型 |  | 拟转入学位类型 |  |
| 原培养单位 |  | 拟转入培养单位 |  |
| 考核小组成员 | 姓名 | 职称 | 专业或研究方向 | 签名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 考核意见 | 对被考核人的总体评价、考核结果（是否同意转导师转专业申请）：组长签名： 年 月 日 |
| 学位评定分委员会意见 | 学位评定分委员会主席签名： 年 月 日 |