附件2

|  |
| --- |
| 广西医科大学临床医学、口腔医学硕士专业学位研究生分流培养申请审批表 |
| 姓名 | 　 | 性别　 |  | 联系方式 | 　 |
| 年级 |  | 学号 |  | 年龄 |  |
| 原导师 | 　 | 拟申请 | 转导师□转专业□转学位类型□（在□内打√） | 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 |  |
| 申请理由 | 本人签名： 年 月 日 |
| 原导师意见 | 导师签名： | 拟转入导师意见 | 导师签名： |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| 原导师教研室意见 | 负责人签名： | 拟转入导师教研室意见 | 负责人签名： |
|  年 月 日 | 年 月 日 |
| 原培养单位意见 | 负责人签名： | 拟转入培养单位意见 | 负责人签名： |
| （公章） 年 月 日 | （公章） 年 月 日 |
| 研究生院招生科意见 | 审核人签名： 年 月 日 |
| 研究生院学位办意见 |  审核人签名： 年 月 日 |
| 研究生院培养科意见 | 审核人签名： 年 月 日 |
| 研究生院审核意见 | 研究生院负责人： 研究生院（公章） 年 月 日 |

注：如研究生未变更导师、教研室、培养单位的则相应拟转入栏目无需填写；如变更培养单位，该表由原培养单位向研究生院提交。