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。