附件5

广西医科大学研究生论文开题报告复议申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学 号 |  | 联系电话 |  |
| 学 院 |  | 专 业 |  | 导 师 |  |
| 培养类型 | 🞎全日制 🞎在职 | 学位层次 | 🞎硕士 🞎博士 | 学位类别 | 🞎学术型 🞎专业型 |
| 开题报告题目 |  |
| 参与开题报告考核专家 |  |
| 开题报告考核时间、地点 |  |
| 一、异议具体内容申请人签名： 年 月 日 |
| 二、导师意见导师签名： 年 月 日 |
| 三、研究生培养单位管理部门意见单位负责人签章： 年 月 日 |
| 四、复议意见复议专家组组长签名： 年 月 日 |
| 五、研究生培养单位学位评定分委员会意见 研究生培养单位学位评定分委员会主任委员签章： 年 月 日 |