大连医科大学2025级硕士研究生师生双选确认单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学生姓名** |  | **性别** |  | **出生日期** |  |
| **年级班级** |  | **学 号** |  |
| **政治面貌** |  | **联系电话** |  |
| **导师单位** |  | **导师姓名** |  |
| **专业** |  | **三级方向** |  |
| **导师意见：****导师签字： 年 月 日** |
| **教研室（科室）主任意见：****签字： 年 月 日** |
| **导师所在单位（研究生管理部门）意见：****（盖 章） 年 月 日** |

注：此表一式两份，研究生联合培养基地留存一份，二级学院留存一份。

大连医科大学2025级硕士研究生师生双选确认单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学生姓名** |  | **性别** |  | **出生日期** |  |
| **年级班级** |  | **学 号** |  |
| **政治面貌** |  | **联系电话** |  |
| **导师单位** |  | **导师姓名** |  |
| **专业** |  | **三级方向** |  |
| **导师意见：****导师签字： 年 月 日** |
| **教研室（科室）意见：****签字： 年 月 日** |
| **导师所在单位（研究生管理部门）意见：****（盖 章） 年 月 日** |

注：此表一式两份，研究生联合培养基地留存一份，二级学院留存一份。