附件3：

在职临床医师申请临床医学博士

专家推荐信

**考生填写栏**

考生姓名 出生年月 政治面貌 居住 省 市/县

申请专业 名称 申请专业方向 申请导师

考生已获最高学位 获得时间 年 月，授予单位

考生联系手机或电话 年 月 日填写

**推荐人填写栏**

说明：为了便于评价考生的若干素质，请推荐人在同意的栏目上标记“√”，并请在背面空白处对考生的素质作进一步的说明。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 优秀 | 良好 | 中等 | 较差 | 很差 | 不了解 |
| 思想品德 |  |  |  |  |  |  |
| 合作精神 |  |  |  |  |  |  |
| 钻研精神 |  |  |  |  |  |  |
| 基础理论 |  |  |  |  |  |  |
| 专业知识 |  |  |  |  |  |  |
| 临床能力 |  |  |  |  |  |  |
| 学习能力 |  |  |  |  |  |  |
| 创造能力 |  |  |  |  |  |  |
| 外语能力 |  |  |  |  |  |  |
| 书面表达能力 |  |  |  |  |  |  |
| 口头表达能力 |  |  |  |  |  |  |

综合意见：强烈推荐 □ 值得推荐 □ 一般推荐 □ 有保留推荐 □

|  |
| --- |
| 请推荐人对考生的知识结构，学习、研究及创新能力，专业水平以及是否具备攻读临床医学专业博士学位等方面作出评价 |
| 推荐人姓名 职称 单位  从事专业 手机\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 邮箱  是否为临床医学博士研究生指导教师：是 □ 否 □    与考生关系：导师 □ 班主任 □ 任课教师 □ 同课题组 □  其他（请说明）  熟悉程度：很了解 □ 比较了解 □ 一般了解 □ 不太了解 □    **推荐人签名（手签）**： 年 月 日填写  推荐人所在单位人事部门公章： |

注：限用A4纸张，正反双面打印。