遵义医科大学

在职临床医师攻读博士学位研究生导师同意函

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被推荐人姓名： |  | 报考专业： |  |
| 被推荐人单位： |  |  |  |
| 推荐人姓名： |  | 专业技术职称： |  |
| 推荐人单位： |  |  |  |

**以下请推荐人填写：**

|  |  |
| --- | --- |
| 对申请人的报考意见 | □同意报考；□不同意报考。 |
| 对被推荐人思想政治素质、道德修养、外语水平、专业知识、科研能力、工作成就等进行简要评价  导师签字：    年 月 日 | |

**注：**1.本表由考生报考专业的博士生导师填写；2.本表需报考导师亲笔签名，其余可打印。