**南方医科大学2025年临床医学、口腔医学专业学位博士**

**研究生校内优选试点选拔申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学号 |  | 就读专业 |  | | |
| 报考博士导师 |  | 报考博士专业 | |  | |
| 英语水平 |  | 移动电话 | |  | |
| 毕业考成绩 |  | 有无执业医师资格 | |  | |
| 申请博士导师是否同意报考  （应对其思想品德、科研潜质、创新能力等做客观评价） | 申请博士导师签名：  年 月 日 | | | | |
| 学院审核意见  （应对其执业医师资格进行审核） | 学院 （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 毕业考成绩  审核意见 | 规培办（盖章）  　　　　　　 　 　　年 月 日 | | | | |
| 研究生院  审核意见 | 研究生院（盖章）  年 月 日 | | | | |