**浙江大学基础医学系研究生导师组成员****审核登记表**

**注：1.实行导师组旨在加强研究生的指导，主导师是研究生培养的第一责任人；**

**2.导师组成员应是参与实际指导工作的具有博士生导师资格的教师。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **研究生姓名** | |  | | | | **学号** |  | | | | **专业** |  | |
| **培养类型** | | | **直博生( )、普博生( )、**  **硕博贯通( )、转博生( )** | | | | | | | | | **入学时间** |  |
| **导师姓名** | | | |  | | | | | **工 号** | | |  | |
| **导师提议的导师组名单** | **姓名** | | | | **工号**  **（外校可不填）** | | | **职称** | | **最后学位** | | **单位及学院(系)** | |
|  | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | |  | |
| **导师意见(如提议导师组成员的理由)** | **导师签名： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **导师组**  **成员意见** | **导师组成员签名： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **基础医学系研究生教育委员会主任审核意见** | **主任签名： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |

**本表一式2份，1份由学生本人留存，另1份存基础医学系综合办。**