**基础医学专业学生专业导师确认申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学号** |  | **姓名** |  | **性别** |  |
| **班级** |  | **联系电话** |  | **E-mail** |  |
| **主修专业** |  | | | **专业方向** |  |
| **拟聘导师** |  | **职称** |  | **联系电话** |  |
| **E-mail** |  | **学院、系** |  | | |
| **学生自我推荐** | 签名：  年 月 日 | | | | |
| **导师接受意见** | 签名：    年 月 日 | | | | |