**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** |  |
| **申请导师** |  | **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** | | | | |

备注：

1. 每位导师原则上最多只能同时指导1名求是科学班同学和1名强基计划班同学；
2. 鼓励学生与导师先行沟通，确认导师选择和其他同学不冲突；
3. 实行师生双向选择。导师一经确认，原则上不得更改；如需更改，学生须本人提出申请，经原导师和新导师的同意才可更改；
4. 基础医学强基计划班实行本博衔接培养，因导师研究生招生名额限制，专业导师的选择可能会影响研究生阶段导师的选择。