吉林大学临床、口腔医学硕士专业学位研究生分流申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学号 |  | 导师姓名 |  |
| 培养单位 |  | 性别 |  | 学生电话 |  |
| 身份证号 |  | 出生日期 |  |
| 专业学位 专业名称 |  | 专业代码 |  |
| 学术学位专业名称 |  | 专业代码 |  |
| 分流原因 |  |
| 申请人承诺：  本人承诺本表所填信息全部属实，同意按照转入的学术学位研究生培养渠道进行培养。 申请人： 年 月 日 |
| 导师意见：签字： 年 月 日 | 研究生秘书意见：签字： 年 月 日 |
| 培养单位主管领导意见： 签字： （单位盖章） 年 月 日 | 研究生培养办公室意见： 签字： 年 月 日 |

 研究生培养办公室制