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