**附件5**

首都医科大学同等学力申请学位人员导师指导意向书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人基本情况** | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 工作单位 | | |  | | | |
| 出生日期 |  | 性别 | |  | 身份证号 | | |  | |
| 学士学位专业 |  | | | | | 学士学位授予学校 | | |  |
| 硕士学位专业  （限同等学力博士填写） |  | | | | | 硕士学位授予学校  （限同等学力博士填写） | | |  |
| 一阶段规培专业  （限同等学力博士和硕士专业学位填写） |  | | | | | 二阶段规培专业\*  （限同等学力博士填写） | | |  |
| 所在部门或科室 |  | | | | | 职称及专业 | | |  |
| 申请学位专业 |  | | | | | 申请学位级别 | | | 硕士（ ）博士（ ） |
| 学位类型 | 学术学位（ ）专业学位（ ） | | | | | 联系电话 | | |  |
| **拟建立导师情况及推荐意见** | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 导师管理单位 | | | |  | | |
| 职称 |  | | 指导研究生学位类型 | | | |  | | |
| 导师专业 |  | | | | | | | | |
| 导师推荐意见  导师签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 导师所在单位研究生管理部门意见：  审批人签字： 公章： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 研究生院审批意见：  审批人签字: 公章： 年 月 日 | | | | | | | | | |