**兰州大学第一临床医学院2019年拟录取硕士研究生与导师双向选择表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | | |
| 政治面貌 |  | 外语水平 |  | | 身份证号 |  | |
| 申请类型 | □专业学位□学术学位 | 申请专业 |  | | 申请导师姓名 | |  |
| 主要学习及工作经历 |  | | | | | | |
| 填表人签名 | 本人签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 导师意见 | （请注明是否同意接收）  导师签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 学院管理部门意见 | 负责人签章：  年 月 日 | | | | | | |