附件3 华西临床医学院研究生班主任申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  |
| 职称 |  | 学历 |  | 政治面貌 |  | 申请专业 |  |
| 手机号码 |  | E-mail |  |
| 校园一卡通号 | (8位数) | 胸牌卡号 | (附二院老师可不填) |
| 身份证号 |  | 建行卡号 |  |
| 学习工作经历 |  |
| 申请理由 |  本人签名： 年 月 日  |
| 科室负责人意见 |  研究生教学主任签名：  年 月 日 |
| 人力资源部审查资格 | 经审核，确认该同志学历为\_\_\_\_\_\_;职称为\_\_\_\_\_\_（聘任时间： ） 签名：  年 月 日 |
| 学院审核意见 |  院领导签名： （盖章） 年 月 日 |

注：本表由研究生部保存