附件4 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 | **（注：请申请班主任本人签字）**  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 科  室  负  责  人  意  见 | **（注：请找科室教学主任签字）**  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： ） **（注：无需提交至人力资源部审查，由研究生部统一审查）**  签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 学  院  审  核  意  见 | **（注：提交至研究生部，由学院统一审核）**  院领导签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

注：本表由研究生部保存