山西省肿瘤医院 研究所 博士后导师申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生日期 |  | | 学位 |  |
| 专业技术职务  及聘任时间 | | |  | | | 具备硕士生导师或博士生导师资格 | | |  |
| 手机号码 | |  | | | | 导师资格  取得时间 |  | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | 招收学生方向 |  | | |
| 目前承担的项目情况 | | 项目名称及编号 | | | 级别 | 经费  （万元） | 经费结余  （万元） | | |
|  | | |  |  |  | | |
|  | | |  |  |  | | |
|  | | |  |  |  | | |
| 申 请 人  签字承诺 | | 本人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 所在科室  意 见 | | 科室负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 评审  委员会  考核意见 | | 考核组长签字：  年 月 日 | | | | | | | |