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 |