**滨州医学院研究生更换导师申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名  |    | 性别  |    | 学号  |    |
| 归属 学院  |    | 专业  |    | 手机号 |  |
| 前任导师  |    | 职称  |    | 研究方向  |    |
| 继任导师  |    | 职称  |    | 研究方向  |    |
| 更换导师原因  |           研究生签名： 年 月 日  |
| 前任导师意见  |       前任导师（签名）： 年 月 日  |
| 继任导师意见  |       继任导师（签名）： 年 月 日  |
| 学 院 意 见  |         学院负责人（签名）： 学院盖章 年 月 日  |
| 研究生处意见  |         研究生处盖章 年 月 日  |