**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 | | | | | | | | |