附件2： 山东中医药大学双导师合作指导研究生申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究生姓名 |  | 学 号 |  | 学位层次 | 博士 □硕士 □ |
|  所属学院 |  | 学科专业 |  | 学位类型 | 专业学位□学术学位□ |
| 导师姓名 |  | 单位、专业 |  | 学历职称 |  |
| 副导师姓名 |  | 单位、专业 |  | 学历职称 |  |
| 导师意见（需合作指导的主要内容、时间安排等）： 导师签名： 年 月 日 |
| 副导师意见（是否同意合作指导、指导内容或可提供的研究条件等。不具备导师资格的需附学历、职称复印件）： 副导师签名： 年 月 日 |
| 导师所在教研室意见： 教研室主任签名： 年 月 日 |
| 导师所属学院意见： （公章） 负责人签名： 年 月 日 |
| 副导师单位意见：  （公章） 负责人签名： 年 月 日 |
| 研究生处意见：（公章） 负责人签名： 年 月 日 |

**备注：本表一式三份，副导师所在单位一份，导师所属学院和研究生处各一份。**