**南 方 医 科 大 学**

**研究生更改培养类型申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学号 | ${sid} | 姓名 | ${userName} |
| 专业 | ${majorName} | 导师 | ${teacherName} |
| 现培养类型 | ${trainTypeName} | 拟转培养类型 | ${willTrainType} |
| 医师资格证号 | ${docQualifiedNo} | 执业医师证号 | ${qualifiedNo} |
| 申请原因 | ${applyReason^p}  ${applyReason}  本人签名：  年 月 日 | | |
| 导师意见 | ${teacherSugg^p}  ${teacherSugg}  导师签名：  年 月 日 | | |
| 培养单位  意见 | ${trainOrgSugg^p}  ${trainOrgSugg}  (单位签章)  年 月 日 | | |
| 研究生学院  意见 | ${postgraduSchSugg^p}  ${postgraduSchSugg}  (单位签章)  年 月 日 | | |

备注：本表一式三份，研究生学院、培养单位、本人各执一份。