**合肥综合性国家科学中心大健康研究院研究生入院审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生  年月 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | | | 籍贯 |  | 政治面貌 |  | |
| 合作院校 |  | | | 攻读学位 |  | 专业 |  | |
| 外语语种  及程度 |  | | | 本科院校 | |  | | | |
| 联系电话 |  | | | 家庭住址及 联系方式 | |  | | | |
| 邮箱地址 |  | | |
| 本院接收部门 |  | | | 本院导师 |  | 拟研究方向 |  | | |
| 学生简历 | | |  | | | | | | |
| 导师意见 | | | 导师签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 科研与教育处意见 | | | 负责人签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 大健康研究院意见 | | | 大健康研究院负责人签名：  年 月 日 | | | | | | |

填表人签名： 年 月 日