附件1：暨南大学2026年招收医学研究生资格审核表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **申请招生单位** |  |
| **人事关系所在单位** |  | **出生年月** |  |
| **人事编号** |  | **联系电话** |  |
| **申请招生资格类型****（可多选）** | **□博士学术学位研究生导师 □博士专业学位研究生导师****□硕士学术学位研究生导师 □硕士专业学位研究生导师** |
| **已完成培养全日制****研究生人数** | **博士： ；硕士：**  | **现在校培养全日制****研究生人数** | **博士： ；硕士：**  |
| **申请招收专业名称** | **招收博士生（具体到二级学科）名称** | **例如：临床医学-外科学** |
| **招生硕士生（具体到二级学科）名称** |  |
| **符合招生条件的科研项目情况：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 项目类别/级别 | 项目编号 | 起止年月 | 项目经费（万元） | 依托单位 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：项目如有延期，请提供批复的证明材料；不够行可自行添加 |
| **符合招生条件的代表性成果：**（学术论文、科技奖励等）发表论文情况：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 论文题目 | 期刊名称 | 发表年月 | 论文分区 | 本人作者排名情况 | 本人署名单位是否为暨南大学 |
|  |  |  |  |  |  |

获奖情况：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 获奖项目名称 | 奖励机构 | 奖励类别/等级 | 颁奖年份 | 本人排序 |
|  |  |  |  |  |

担任省部级及以上科研平台负责人情况： 注：不够行可自行添加 |
| **本人承诺，以上填报内容属实。** **申请人签名：** |
| **招生单位审核：**以上材料所填内容情况属实。审核结果：招生工作领导小组组长（签名）： 单位（公章）： 日期： |
| **医学部复核：** （公章）： 日期： |