**中山大学玖龙纸业长学制临床医学国际交流项目申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  |
| 年级 |  | 班别 |  |
| 前往国家 |  |
| 前往高校 |  |
| 接收导师姓名、职称、学科背景 |  |
| 交流起止时间 | 年 月 日- 年 月 日 |
| 交流学习计划与科研培训内容 |
| （如篇幅不够，可拉长表格填写）学生本人签名： 年 月 日 |
| 学生家长意见 | 与学生的亲属关系（必填）：是否同意（必填）：其他意见（选填）：学生家长签名： 年 月 日 |
| 学生所在二级学科培养的导师意见 | 是否同意（必填）：其他意见（选填）：导师签名： 年 月 日 |
| 学生所在二级学科培养的医院意见 | 是否同意（必填）：其他意见（选填）：单位签章： 年 月 日 |
| 中山医学院审批意见 | 单位签章： 年 月 日 |

注：本表双面打印。所有签名处，必须是亲笔签名。