|  |
| --- |
| **赣南医学院心脑血管疾病防治教育部重点实验室****研究生准入申请单** |
|
|
| 一、申请人基本情况 | 照片（1寸） |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学号 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 年级 |  |
| E-mail |  | 学院 |  |
| 计划使用时间 |  |
| 二、指导老师和合作导师基本情况 |
| 指导老师姓名 |  | 性别 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  | 所属学院 |  | 指导老师签字 |  |
| 研究方向介绍 |  |
|
| 合作老师姓名 |  | 性别 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  | 所属学院 |  | 合作老师签字 |  |
| 研究方向介绍 |  |  |
|
| 三、研究课题简介（包括课题来源、经费、研究方法、所用仪器设备） |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 1. 申请人签字  以上内容填写属实，本人对本课题组实验室及成员的安全负责。

 申请人签字： 日 期： |
|
|
|
|
|
| 1. 心脑血管疾病防治教育部重点实验室负责人意见：

 负责人签字（章）： 日 期： |
|
|
|
|