|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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： | | | | | | |
|
|
|
|