**临床医学专业八年制学生二级学科阶段**

**跨学院轮转申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 学号 |  | 学院 |  |
| 年级 |  | 专业 |  | 电话 |  |
| 申请轮转学院 | |  | | | |
| 申请轮转时间 | |  | | | |
| 申请轮转科室 | |  | | | |
| 申请跨学院轮转安排需求：  申请人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 二级学科导师意见：  导师签字： 年 月 日 | | | | | |
| 所在学院教学管理部门意见：  负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 申请轮转学院教学管理部门意见：  负责人签字： 年 月 日 | | | | | |

注：本表一式两份，请在进入二级学科前提前3周提交，一份交所在学院教育处，一份交申请轮转学院教育处存档。

医学部教育处制表