附件2

**北京协和医学院\_\_\_\_\_年度研究生学业奖学金申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 号 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 政治面貌 |  | 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 攻读学位 |  | 所在所院 |  | | |
| 年 级 |  | 专业名称 |  | | |
| 联系电话 |  | | | | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 自我评价（政治思想、课程学习、医疗科研工作、社会工作等方面的情况） | | | | | |
| 代表性成果（请注明成果名称、成果来源及获得日期）。 | | | | | |
| 导师考核意见：  指导教师签字：  日期： 年 月 日 | | | | | |
| 所院意见：  单位主管领导签名：    (培养单位公章)  日期： 年 月 日 | | | | | |
| 学校意见：  负责人签字（盖章）：  日期： 年 月 日 | | | | | |

（注意：此表必须正反两面打印）