|  |
| --- |
| **桂林医学院大学生班级导师报名表****填表时间： 年 月 日** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 入党时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 参加工作时间 |  |
|
| 职 称 |  | 任职时间 |  | 主要从事专业及研究方向 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 办公电话 |  |
| e-mail |  | 手机号码 |  |
| 主要学习、工作经历 |  |
| 主要工作业绩 |  |
| 报名者所在部门推荐意见 | 负责人签字（盖 章）： 年 月 日 |
| 二级学院聘用意见 |  负责人签字（盖 章）： 年 月 日 |
| 导师制领导小组办公室意见 |  负责人签字（盖 章）： 年 月 日 |

请用A4纸双面打印