**口腔医学院2019年博士研究生**

**招生“申请-考核制”导师知情同意书**

本人符合口腔医学院2019年以“申请—考核”方式招收博士研究生导师条件，初步了解申请人 情况，同意其报名。

按照口腔医学院相关工作规定，根据材料审核结果确定能否参加考核，根据考核情况确定是否拟录取。

申报学生基本情况：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性别 |  |
| 申请专业 |  | 报考导师 |  |

导师签字：

年 月 日