**武汉大学专业学位博士学位论文答辩资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究生  姓 名 | |  | | 学科、学位  名 称 |  | | |
| 论 文  题 目 | |  | | | | 学号 |  |
| 考  核  答  辩  申  请 | 本人 年至 年在武汉大学攻读博士学位，现已达到本学科专业培养方案的要求，临床能力训练和学位论文撰写完毕，拟于 年 月举行论文答辩，特此申请。  申请人： 日期： | | | | | | |
| 导  师  意  见 | 同意举行论文答辩。 （ ） 推迟答辩。（ ）  不同意举行论文答辩。（ ）  导师签名： 日期： | | | | | | |
| 学  院  、  系  审  查  意  见 | 课  程  成  绩  与  研  究  成  果 | | 修满总学分（ ） 学位课学分（ ）  成绩合格 （ ） 成绩不合格（ ）共 门课程不合格  完成临床医疗工作总结（ ） 审核通过（ ） 审核未通过（ ） | | | | |
| 攻读博士学位期间发表论文 篇，专著 本。代表性成果（限填两项）：  1．  2．    教学秘书审核后签名： 日期： | | | | |
| 政  治  思  想  表  现 | | 政治思想表现合格。（ ）  该生在校期间受到  处分。  负责人签名： 日期： | | | | |
| 主管领导意见 | | 同意答辩（ ）  同意毕业答辩，以后申请学位（ ）  负责人签名： 日期： | | | | |
| 研究生院  审核意见 | | | 审核人签名： 日期： | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 博士学位论文评阅候选人名单（不得少于10人） | 姓 名 | 工作单位（联系地址）通信地址 | 职称 | 是否博导 | 有效联系方式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 学评分委员会主席签名：  学院盖章: 日期： | | | | |