专业学位研究生行业导师思政审查意见

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **导师姓名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  |
| **政治面貌** |  | **职 称** |  | **现任职务** |  |
| **所在单位** |  | | | **手机号** |  |
| **思政审查意见** | （全面了解受聘人在其工作单位及与我校合作过程中的表现，对其思想道德、政治素养和学术规范等方面进行考查并给出详细审查意见）  **党组织负责人签字**： （公章） 年 月 日 | | | | |

备注：该表用于口腔医学院专业学位研究生行业导师申报人思政审查。