**附表1：**

杭州医学院（浙江省医学科学院）

研究生跨学位点答辩申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **学 号** |  | **导 师** |  |
| **专 业** |  | | **答辩时间** |  | **答辩地点** |  |
| **所属学位点** | |  | | | | |
| **拟答辩学位点** | |  | | | | |
| **申请跨学位点答辩理由：**  **申请人：**  **年 月 日** | | | | | | |
| **导师意见：**  **导师签字：**  **年 月 日** | | | | | | |
| **学位点主建学院意见：**  **学位点负责人签字：**  **年 月 日** | | | | | | |
| **接收学位点主建学院意见：**  **学位点负责人签字：**  **年 月 日** | | | | | | |

本表一式两份，一份存学籍档案，一份存所在学位点。