附件2.

**2021年拟招收专业学位硕士的硕导名单汇总表**

单位名称（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 出生年月 | 性别 | 职称（主任/副主任医师） | 所在科室 | 是否首次招生 | 是否有教师资格证 |
|  |  | 1970年2月 |  |  |  | 是 | 是 |
|  |  | 1980年12月 |  |  |  | 否 | 是 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**说明：**

**1.请将首次申请招生的老师填在表格的最前面。**

**2.附属医院临床教师应有教师资格证，学院教师不用填写最后一列。**

本单位共报送2021年拟招收硕士研究生的专业学位导师\*\*名，其中外科\*\*名、神经外科\*\*名、内科\*\*名、儿科\*\*名、妇产科\*\*名……。经审核，以上教师符合《厦门大学医学院硕士生指导教师招生资格确认工作实施细则》（厦大医研〔2019〕04号））的基本要求，各科室导师数均未超过2021年可招收的临床医学专业学位研究生数。

系主任（或附属医院负责人）： （签字）

日期： 年 月 日