附件1.

**2020年拟招收学术型硕士的硕导名单**

单位名称（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 出生年月 | 性别 | 招生专业1 | 招生专业2 | 计划招生总数招生 | 备注（是否首次招生） |
|  |  | 1970年2月 |  |  |  |  | 是 |
|  |  | 1980年12月 |  |  |  |  | 否 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**说明：请将首次申请招生的老师填在表格的最前面。**

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。

系主任（或附属医院负责人）： （签字）

日期： 年 月 日