**附件6 重庆医科大学专业学位研究生论文开题报告复议申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 导师 |  | 专业 |  |
| 学号 |  | 院系 |  | 联系电话 |  |
| 开题报告题目 |  |
| 参与开题报告评议专家 | 1. 2. 3. 4. 5.
 |
| 开题报告评议时间、地点 |  |
| 一、异议具体内容申请人签名： 年 月 日  |
| 二、导师意见导师签名：  年 月 日  |
| 三、院系意见院系负责人签章：  年 月 日  |
| 四、研究生院意见研究生院负责人签章：  年 月 日  |
| 五、复议意见复议专家组组长签名：  年 月 日  |
| 六、院系学术/教授委员会意见院系学术/教授委员会签章：  年 月 日  |