**附件4 重庆医科大学专业学位研究生中期考核复议申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 导师 |  | 学科、专业 |  |
| 学号 |  | | 院系 |  | 联系电话 |  |
| 中期考核课题题目 | |  | | | | |
| 参与中期考核专家 | | 1. 2. 3. 4. 5. | | | | |
| 中期考核时间、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 | | | | | | |