**浙江大学医学院自主申请海外临床见/实习审核表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **学 号** |  | **姓 名** |  |
| **性 别** |  | **出生年月** |  |
| **年 级** |  | **专业/系别** |  |
| **手 机** |  | **E-mail** |  |
| **语言成绩** |  | **拟毕业时间** |  |
| **申请海外见习学校及时间****（可另附表）****见附页** | **学校** | **时间** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **学籍状态** | **□在籍 □休学 □保留学籍** |
| **在校期间是否参加过校级或院级交流项目** | **□是 □否****项目名称:****交流时间：**  |
| **是否受到资助** | **□是 □否** | **资助金额** | **/** |
|  **临床医学院教学部审核意见** |
| **盖章：**  **日 期：** |
| **本科生教育办公室审核意见** |
| **盖章：**  **日 期：** |
| **学生工作办公室审核意见** |
| **盖章：**  **日 期：**  |