**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：** | | | | | |