**医学院2018年学生科技项目导师需求调研表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 教师姓名 |  | 所在院系 |  | 职务职称 |  |
| 联系方式 |  | 邮箱 |  | 实验室地址 |  |
| 拟招收本科生的**专业意向**（临床医学、口腔医学、预防医学、生物医学、巴德年医学实验班（前四年非医学专业）等） |  | |  | |  |
| **年级意向** |  | |  | |  |
| 招收名额 |  | |  | |  |
| 5月26日实验室  是否可以允许同学们参观？ |  | 如何允许的话，联系哪位老师？联系方式？ | | | |
|  | | | |
| 6月16日导师与学生的现场决赛，您是否  愿意本人出席？ |  | 如果您本人不能出席的话，是否委托实验室其他老师到现场参加？（老师的联系方式） | | | |
|  | | | |
| 您对本活动的意见和建议 |  | | | | |