**第一临床医学院“一卡通”申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 号 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  | | |
| 所在科室 |  | | | | |
| 申请有效期 | 年 月 日—— 年 月 日 | | | | |
| 申请理由  （详细表述）  及本人承诺 | 1.申请理由：  2.本人严格遵守学校及医院的各项规章制度。  3.本人严格遵守《中华人民共和国传染病防治法》、各级相关法律法规要求以及学校及医院相关规定。  本人承诺填报的所有信息真实准确，且严格遵守以上规定。如信息不实，隐瞒不报，造成严重后果的，将承担相应责任。  申请人签字： 年 月 日 | | | | |
| 导师  意见 | □同意 □不同意  导师是研究生培养的第一责任人，履行立德树人职责，督促研究生遵守学校及医院的各项规章制度，切实负责研究生在读期间的学习、科研及临床等各项工作。  导师签字： 年 月 日 | | | | |
|
| 教研室  意见 | □同意 □不同意  负责人签字（盖章）： 年 月 日 | | | | |
| 学院意见 | □同意 □不同意  签字（盖章）：  年 月 日 | | | | |
|
|
| 一卡通管理办公室意见 | 年 月 日 | | | | |
|

备注：1.本表格须正反打印，且须本人持有效证件（身份证）办理相关手续。

2.上述表格中所有签字栏均须申请人、导师、教研室负责人签名。

3.持卡人不得将一卡通转让或借与他人，遗失请及时挂失补办，否则后果自负。