**第一临床医学院研究生学位论文原始资料审核表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号  论文作者姓名 | |  | 导师姓名 |  |
| 学科、专业  （填写二级学科名称） | |  | 联系电话 |  |
| 论文题目 | |  | | |
| 料是否真实（附原始资料交导师审核）  原始资料数量、来源、途径及时间、材 | 论文作者签名：  年 月 日 | | | |
| 导  师  审  核  意  见 | 导师签名：  年 月 日 | | | |
| 学  院  审  核  意  见 | 学院盖章：  年 月 日 | | | |