医学院·整合医学学院“本科生导师制”导师情况登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 教研室 |  |
| 专业方向 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | E-mail |  | |
| 希望学生通过何种方式联系报名 | | |  | | |
| 意向带学生数（人） | | |  | | |
| 导师个人简介： | | | | | |
| 对培养对象的要求与意愿： | | | | | |