附件2

遵义医科大学博士后招聘计划申报表

请随此表附送：1.合作导师指导博士研究生证明；2.在研课题经费证明。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 博士后合作导师姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历学位 |  | 职务  职称 |  | 所在单位（部门） |  |
| 现有课题经费（万元） |  | | 培养博士研究生人数（含在培） |  | |
| 研究方向简介 |  | | | | |
| 2024年博士后招聘计划人数 |  | | | | |
| 单位或部门审核意见 | （单位或部门须就博士后合作导师申报资格真实性进行把关，并填写审核意见及是否同意推荐）      单位或部门领导签字(盖章)：  年 月 日 | | | | |