兰州大学临床医学研究生预答辩评审意见表

**预答辩类型：** □学位答辩 □毕业答辩

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **学 号** | |  |
| **培养类型** | □学术学位 □专业学位 | | **专 业** | |  |
| **论文题目** |  | | | | |
| **研 究 生 学 位 论 文 预 答 辩 记 录** | | | | | |
| **预答辩时间** | |  | **预答辩地点** |  | |
| **导师意见（请注明是否同意预答辩）：**  导师签字：  年 月 日 | | | | | |
| **预答辩委员提出的主要问题及回答简要情况：**  预答辩秘书签字：  年 月 日 | | | | | |
| **预答辩委员对学位论文的评价及建议：**  **预答辩结论**（在相应位置打“√”）： □合格 □不合格  预答辩委员会主席签字：  预答辩委员会委员签字：  年 月 日 | | | | | |