****

**研究生出具二级学科证明审核意见表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | | **性别** | |  | |
| **学号** |  | | | **学院** | |  | |
| **一级学科** |  | | | **学科代码** | |  | |
| **二级学科** |  | | | **学科代码** | |  | |
| **研究方向** |  | | | **入学时间** | |  | |
| **学制** |  | **层次** |  | | **毕业时间** | |  |
| 导师审核意见：  导师签字 ： 年 月 日 | | | | | | | |
| 学院审核意见：  学院负责人：  年 月 日  学院（公章） | | | | | | | |