****

**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） |