****

研究生自行联系专业实践单位申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 专业名称 |  | | |
| 学号 |  | | 联系电话 |  | | |
| 实践单位信息 | 单位名称 |  | | | 单位地址 |  |
| 单位性质 | □企业 □事业单位 □其他( ） | | | | |
| 联系人姓名 |  | | | 联系人电话 |  |
| 行业导师信息 | 姓名 |  | | | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | | | 职称 |  |
| 实践  计划 | 实践起止时间：  实践内容：  预期目标： | | | | | |
| 安全  保障 | 单位是否提供住宿：□是 □否 生活补助标准：\_\_\_\_\_\_\_\_元 / 月  是否购买意外险：□是（保额：\_\_\_\_\_\_\_\_） □否 | | | | | |
| 研究生承诺 | 本人承诺遵守校规及实践单位规定，对实践真实性负责。  申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | |
| 导师  意见 | □同意□不同意（原因： ）  导师（签字）： 年 月 日 | | | | | |
| 二级培养单位  意见 | □同意 □不同意（原因： ）  分管领导（签字）： 年 月 日  单位（公章） | | | | | |