**\_\_\_\_\_专业(领域)专业学位研究生**

**实习实践报告表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 所在院（系） |  |
| 年级 | | |  | 录取类别 | □全日制  □非全日制 |
| 实践起始时间及时长 | | | \_\_\_年\_月\_日至\_\_\_年\_月\_日,共\_月。 | 实践地点 |  |
| 实践内容  （100字以内简要说明） |  | | | | |
| 考核情况 | 实践指导老师签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_(单位公章)  年 月 日 | | | | |
| 校内导师签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (院或系盖章)  年 月 日 | | | | |

注：1.实习实践总结附后。本表存入学生学籍档案，实习实践总结由学院保存。

2.临床医学硕士可以大病历代替实习实践总结。

3.非全日制专业硕士研究生可以工作总结代替实习实践总结。

3.本表适用全校2020级以后所有专业学位研究生。