**爱尔眼科学院博士研究生资格考试延期申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  |
| 导师姓名 |  | 教学医院/研究所 |  |
| 延期说明 | 学生签名：  日 期： | | |
| 导师审核 | 导师签名：  日 期： | | |
| 学院审批 | 学院负责人：  日 期： | | |