

临床医学“5+3”一体化专业（含儿科学方向）双导师制 指导与培养计划表（第二学年用）

(基础导师 临床导师)

姓名:

单位:

以下请各位导师填写该学年您对本组学生的具体指导内容与时间进度安排

导师签名:

导师所在教研室/临床科室负责人签名:

日期: 年 月 日

日期: 年 月 日