**兽医专业学位研究生专业实践计划**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 专业 |  |
| 学号 |  | | 手机号码 |  |
| 实践单位（基地） | |  | | |
| 指导教师（校内） | |  | 联系方式 |  |
| 指导教师（实践） | |  | 联系方式 |  |
| 专业实践计划（包括专业实践目的、形式、内容与进度安排等）  本人签名： 年 月 日 | | | | |
| 校内导师意见：  导师签名： 年 月 日 | | | | |
| 实践导师意见：  导师签名： 年 月 日 | | | | |
| 实践单位意见：  主管领导签名： （单位公章） 年 月 日 | | | | |
| 学院意见：  分管院长签名： （盖学院章） 年 月 日 | | | | |