**实践导师所在单位审核意见**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 专业技术职务 |  |
| 单位名称 |  | | |
| 所在单位审核意见（请从政治素养、实践能力等方面给出简短评价，并给出是否同意担任实践导师的意见） | | | |
| 单位盖章 | | | |