附件2：

**浙江大学控制学院专业学位硕士研究生专业实践计划表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 学 号 | |  | |
| 学 院 |  | 专业类别  （领域） | |  | | 导 师 | |  | |
| 是否本科  应届生 | □是 □否 | 联系电话 | |  | | 电子邮箱 | |  | |
| 家庭联系人（关系） |  | 家庭联系  电话 | |  | | 是否已购买人身意外伤害保险 | | □是 □否 | |
| 专业实践单位基本信息 | 名 称 |  | | | | | | | |
| 类 型 | □校级基地 □院级基地 □导师安排 □研究生自主联系 | | | | | | | |
| 地 址 |  | | | | | | | |
| 联系人 |  | 职 务 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 专业实践指导教师基本信息 | 姓 名 |  | | | 职 称 | |  | | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 专业实践项目名称 | |  | | | | | | | |
| 专业实践计划起止时间 | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | |
| 专业实践计划：详细阐述实践内容、进度安排及拟取得的成果。（可附页） | | | | | | | | | |
| 研究生（本人签字）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 研究生导师意见：  研究生导师（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 实践单位指导教师意见：  指导教师（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在学院审批意见：  学院（章）  学院领导（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1.本表一式两份，学院留存一份，研究生留存一份。

2.专业实践计划如因特殊原因需修改者，应在专业实践结束前3个月提出申请，经导师同意后交学院审核并备案。