**广安门医院论文查重检测申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | |  | | 姓名 | |  | |
| 联系电话 | |  | | 邮箱 | |  | |
| 论文标题 | |  | | | | | |
| (本人承诺所提交检测论文符合学术规范和科研诚信要求，特申请论文重复性检测。)  请申请者将上面括号里的一句话抄在以下横线上,并签字。  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。    签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 本院职工填此行 | 职工工号 | |  | | 本人签字 | |  |
| 学 生  填此行 | 导师工号 | |  | | 导师签字 | |  |

日 期： 年 月 日