|  |
| --- |
| **昆明理工大学临床医学专业学位同等学力学位课程进修报名表** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **姓名** | 　 | **性别** |  | **民族** | 　 | 相片 |
| **籍贯** | 　 | **出生日期** |  | **政治面貌** | 　 |
| **身份证号码** | 　 |  |  |  | 　 |
| **毕业院校 （本科）** | 　 |  |  | **毕业专业** | 　 |
| **获得学位时间** | 　 |  |  | **参加工作时间** | 　 |
| **现从事专业** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **现工作单位（无工作单位填“无”）** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **现通讯地址** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **联系电话** | 　 | 　 | 　 | **邮箱地址** | 　 | 　 | 　 |
| **参加规培名称** | 　 | 　 | 　 | **参加规培专业名称** | 　 | 　 | 　 |
| **规培开始日期** | 　 | 　 | 　 | **规培截止日期** | 　 | 　 | 　 |
| **拟报进修 学习专业** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **所在医院意见：（注：有工作单位的由工作单位人事部门签章、无工作单位的由规培基地签章）** |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  | **签字盖章** |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  **20 年 月 日** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **研究生院意见：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  | **审核人**　 |  **20 年 月 日** |

**附件1.**