**附件3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | | 现从事专业 |  | |
| 毕业院校 （本科） |  |  |  | 毕业专业 |  |
| 获得学位时间 |  |  |  | 参加工作时间 |  |
| 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 | | |