**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 |