**上 海 中 医 药 大 学**

**同等学力申请中医硕士专业学位教育**

**与住院医师规范化培训相结合项目报名表**

**姓 名**

**单 位**

**导 师**

**院 系 所**

**专业及代码**

**研究方向**

申请日期： 年 月 日

**申请人简况表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 一寸免冠近照（请粘贴） |
| **民 族** |  | **政治面貌** |  |
| **工作单位及部门** |  |
| **通讯地址及邮编** |  |
| **证件类型** |  | **证件号码** |  |
| **手机号** |  | **电子邮箱** |  |
| **前置学位专业** |  | **授前置学位学校** |  |
| **规培基地名称** |  | **进入规培时间** |  |
| **规培专业** |  | **结束规培时间****或预计结束时间** |  |
| **规培证书编号** |  | **申请学位类型** | 中医硕士专业学位 |
| **导 师** |  | **申请专业** |  |
| **报名者承诺** | 本人承诺，已经知晓本项目的报名、培养及取得学位的相关要求。提供的所有报名材料均真实、有效。若经查不属实，本人将承担相应的后果。本人签名： 年 月 日 |
| **申请者所在****单位意见** | 是否同意该生申请：□是 □否主管部门（盖章） 年 月 日 |
| **报考导师及所在二级单位研究生管理部门意见** | 是否同意该生申请：□是 □否导师签名：年 月 日研究生管理部门负责人签名：研究生管理部门（盖章）年 月 日 |
| **研究生院意见** | 经审核，□同意 □不同意 该同志报考本项目。签字（盖章）： 年 月 日 |

注：1、本报名表请如实填写，如有不实，一经查实，将取消报名资格。

2、“规培证书编号”栏，规培未结束可不填。

3、“申请者所在单位意见”栏，正在参加规培人员由规培基地主管部门盖章，已经完成规培人员由工作单位人事部门盖章。

4、本表填写后，请用A4纸打印，须相关人员亲笔签名，并加盖公章。