|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件3**  **昆明理工大学申请临床医学硕士专业学位**  **（同等学力）报名信息表** | | | | | | | |
|
| **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** |  |  |  |
| **拟报申请 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 章** |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **年 月 日** | | |
| **医学部意见：** | |  |  | **签 章** |  | **年 月** | **日** |
| **研究生院意见：** | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **签 章** | **年 月 日** | | |