|  |
| --- |
| **附件4****昆明理工大学申请临床医学硕士学术型学位****（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** | 　 | 　 | 　 |
| **拟报申请 学习专业** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **所在医院意见：（注：由工作单位人事部门签章）** |
| 　 |  |  |  | **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** |