

## 首都医科大学同等学力人员申请硕士学位资格审查表

拟申请单位名称：首都医科大学

注册 ID:

姓名				姓名拼音				贴照片处(两寸、蓝底，必须与信息平台的相片一致)
性别		出生日期		民族				
国籍				政治面貌				
身份证件类型				证件号码				
工作单位所在省市				参加工作年月				
工作单位						工作单位性质		
技术职务级别				行政职务级别			申请人类型	
移动电话				工作电话			非工作电话	
通信地址						邮政编码		
个人简历	起止年月		在何地、何部门、任何职务(从中学开始填写)					
获前置学位类别				前置学位授予单位			学位证书编号	
获前置学位年月				获前置学位专业				
拟申请硕士学位一级学科				拟申请硕士学位专业			网上申请时间	
<p>本人承诺： “本人保证以上信息真实、准确，并愿意承担由于以上信息虚假带来的一切法律责任和后果。”</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p style="text-align: right;">申请人签名 年 月 日</p>								
<p>学位授予单位审核意见：</p> <p>审核人签字：_____ 接受申请的学位授予单位（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>								

注：1、表格中所填报信息必须与网上填报信息完全一致，如有不明之处可登录同等学力信息平台查看。  
2、“本人承诺、申请人签名”处必须手抄填写，打印无效。