**首都医科大学同等学力人员申请医学硕士专业学位资格审查表（专业学位）**

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 |  | 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 |  |
| 拟申请专业硕士学位类别 |  | 拟申请专业硕士学位领域 |  | 网上申请时间 |  |
| 规培状态 |  | 所在规培基地名称 |  | 规培开始年月 |  |
| 规培结束年月 |  | 规培专业 |  | 规培证书编号 |  |
| 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。”---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- 申请人签名 年 月 日  |
| 学位授予单位审核意见：审核人签字： 接受申请的学位授予单位（盖章）  年 月 日 |