滨州医学院附属医院

年硕士/博士研究生报考申请表

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 政治面貌 |  | | 籍 贯 |  | 健康状况 |  |
| 最高学历 |  | | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学位 |  | |
| 目前职称 |  | | 参加工作时间 |  | 来院时间 |  |
| 婚姻状况 |  | | 家庭住址 |  | | |
| 所在科室 |  | | 手机号码 |  | | |
| 是否取得规培证 | □是 □否 | | | | | |
| **报 考 情 况** | | | | | | |
| 报考院校 | |  | | 报考专业及研究方向 |  | |
| 报考类别 | | □全日制攻读 □在职攻读（□双证 □单证） | | | | |
| 脱产学习时间 | | \_\_\_\_年\_\_\_\_月至 \_\_\_\_年\_\_\_\_月 | | | | |
| 报考理由：  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 科室审批意见：  科室负责人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 继续教育处审批意见：    主管部门盖章： 负责人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 医院审批意见：  □同意报考 □不同意报考  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | |

**注：一、每年8月拟报考人员统一提交申请表至继续教育处，9月医院党政联席会议研究，未经医院批准或未履行相关手续者，医院不予承认。**

**二、本表一式三份，一份留继续教育处，一份留组织人事处，一份交科室。**