

大连大学同等学力人员申请专业学位硕士研究生报名登记表

| | | | | | | | | | |
|--|--|----|-------|------|---------------------|------|---|----|--|
| 姓名 | | 性别 | | 出生日期 | 年月日 | 政治面貌 | | 照片 | |
| 籍贯 | 省 | | 市(县) | | 户口所在地 | | | | |
| 民族 | | | 职称或职务 | | | 应试语种 | | | |
| 证件类型 | | | | | 证件号码 | | | | |
| 工作单位及部门 | | | | | | | | | |
| 工作年限 | | | | | 联系电话 (必填) | | | | |
| 单位通讯地址 | | | | | 邮政编码 | | | | |
| 获前置学位类别 | <input type="checkbox"/> 医学 <input type="checkbox"/> 其它_____ | | | | 学位授予单位 | | | | |
| 获前置学位专业 | | | | | 获前置学位年月 | 年 | 月 | | |
| 拟申请硕士学位 一级学科 | | | | | 拟申请硕士学位 二级学科 | | | | |
| 规培基地名称 | | | | | 规培科室 | | | | |
| 规培起止时间 | | | | | 是否具备执业医师 证书及执业范围 | | | | |
| 何时、何地、 因何原因受过何 种奖励或处分 | | | | | | | | | |
| 本人承诺以上信息真实、准确，如填写虚假信息，产生一切后果责任自负。 申请人签字：_____ 日期：_____年__月__日 | | | | | | | | | |
| 以上各项由申请人本人填写 | | | | | | | | | |
| 申请人所在单位审核意见： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 申请人所在单位盖章 审核人签字： _____ 年 月 日 </div> | | | | | | | | | |
| 招生单位审核意见： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 招生单位盖章： _____ 年 月 日 </div> | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | |