

# 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：									