序号

**天津医科大学**

**在职临床医师申请临床医学、口腔医学**

**博士专业学位资格登记表**

工作单位:

从事专业:

姓 名:

申报日期:

天津医科大学研究生院

**填表要求**

一、申请人须打印纸版空白表格，由本人用钢笔或签字笔如实填写，填写内容不得打印或粘贴。

二、需单位领导填写的部分，应按要求具体记述，并签字、盖章。

三、需实事求是，如发现弄虚作假则取消申报资格。

四、本表格需用A4纸张，正反面打印，左侧装订。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生日期 | | | 年 月 日 | | | | | | 照片  (近期免冠证件照  2寸) | |
| 身份证号 |  | | | | | 政治面目 | | |  | | | | | |
| 籍贯 | 省 市（县） | | | | | | 移动  电话 | |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | 工作  电话 | |  | | | | | |
| 最后毕业学校、  学历 | | |  | | | | | | 毕业  年月 | |  | | | |
| 获硕士学位学校 | | |  | | | 获硕士学位  年月 | | |  | | 获硕士学位专业 | | | |  | |
| 硕士学位证书编号 | | |  | | | | | 参加工作时间及从事专业 | | |  | | | | | |
| 职称及聘任时间 | | |  | | | | | | | | 职务 | |  | | | |
| 申请学位专业 | | |  | | | | | 导师  姓名 | |  | | 导师工作  单位 | | | |  |
| 参加住院医师规范化培训情况（已取得规培证书人员按证书填写培训医院、培训专业、取得证书年月；正接受规培人员填写规培医院、规培专业、何年月开始培训、拟何年月取得证书） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 已发表的主要论著及译著（论文题目、杂志名称、年、卷期、起止页）（可另附页） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有在研项目（起止时间、课题名称、课题来源、经费额、本人名次） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 省、部级以上获奖项目（项目名称、作者名次）（附相应证明) | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 英语水平  （语种、通过CET考试情况） | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人简历（从本科填起） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | | | 学习或工作单位 | | | | | | | | | 学习或任职 | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | | 与本人关系 | | | 政治面目 | | | 工作或学习单位 | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 业务自传（重点描述本人从事专业工作经历、工作内容等，不少于500字） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人签名  年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **对本人填报材料真实性的确认：**  **本人保证所提供的在职临床医师申请临床医学、口腔医学博士专业学位相关材料完全真实，如有虚假，愿承担由此引起的一切后果。**  **本人签名： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位领导意见（单位主管人事工作院长填写。主要内容：政治思想表现、奖惩记录、工作态度及敬业表现、业绩、外语能力及是否同意申报、能否保证完成论文研究的时间及经费等） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □同意申请人在职参加天津医科大学在职临床医师申请临床医学、口腔医学博士专业学位学习。  □不同意申请人在职参加天津医科大学在职临床医师申请临床医学、口腔医学博士专业学位学习。  单位盖章： 领导签名：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

（以下由研究生院填写）

|  |
| --- |
| 审核意见 |
| 盖章：  年 月 日 |
| 备注 |
|  |