****

**2026年在职人员以同等学力申请**

**中医博士专业学位报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名** | **：张三** |
| **工作单位** | **：××医院** |
| **申报学院** | **：中医学院** |
| **申报导师** | **：李四 主任医师/教授** |
| **专业领域名称** | **：中医内科学** |
| **专业领域代码** | **：105701** |
| **研究方向** | **：中医药防治心脑血管疾病的研究** |

填表日期： 年 月 日

填表须知

1. 本表填写打印后粘贴个人近期免冠照片（2寸）。
2. 本表使用A4纸双面打印，左侧装订。
3. 需要签字的地方请使用黑色签字笔**手写**签名。

**申请人简况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | | | | **性别** | | |  | **政治面貌** | | | |  | | | **照片** | |
| **民族** |  | | | | | **联系电话** | | | |  | | | | | | |
| **职称** |  | | | | | **参加工作年月** | | | |  | | | | | | |
| **住址** |  | | | | | | | | | | | | | | **邮编** | |  | |
| **是否现役军人** | | | **🞏是 🞏否** | | | | **居民身份证号** | | | | | |  | | | | | |
| **工作单位及部门** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **目前是否仍从事临床工作** | | | | | | | **🞏是 🞏否** | | | | **临床科室名称** | | | |  | | | |
| **单位通讯地址** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **单位人事部门电话** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **获硕士学位类别** | | | | **🞏学术型 🞏专业型** | | | | | | | | **获硕士学位时间** | | | |  | | |
| **获硕士学位二级学科/专业领域名称** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **学位证书编号** | | | |  | | | | | | | | **是否具有研究生毕业证** | | | | | | **🞏是 🞏否** |
| **教**  **育**  **经**  **历** | | **起止年月** | | | | | | **在何地、何部门任何职（从高中开始填写）** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **工**  **作**  **经**  **历** | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **申请人所在单位意见：**  经审查，同意该申请人报考湖北中医药大学同等学力中医博士。  **单 位 名 称 （盖章）：**    **单位负责人（签名）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **导师意见：**  本人已经了解该申请人的学术水平、业务能力及思想品德等基本情况，并了解湖北中医药大学中医博士专业学位授予要求，同意接受该申请人报考。  **导师签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人真实性承诺：**  本人所填报的信息及提交的报名材料均真实、准确、完整，不存在任何虚假记载或误导性陈述。  本人保证所提交材料的复印件、扫描件与原件完全一致。  本人自愿承担因提供不实信息或材料所引起的一切法律后果和责任。  **申请人签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |