![J[E%AY%5]7NGPXT@T4@P4]7]()

2024年在职临床医师申请临床医学博士专业学位申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 电子信箱 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 工作单位、部门（科室） |  |
| 医师执业类别 |  | 医师执业范围 |  | 医师执业地点 |  |
| 职称级别 |  | 职称专业 |  | 职称批准日期 |  |
| 最后学历 | \_\_\_\_年\_\_\_\_月，于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_大学\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业获得\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学历 |
| 最后学位 | \_\_\_\_年\_\_\_\_月，于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_大学\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业获得 硕士 学位 |
| 申请专业名称、方向 |  |
| 申请导师 |  |
| **申请人主要的学习和工作经历(含起止年月）** |
|  |
| **申请人主要科研成果（学术论文、著作）** |
| 学术论文（或著作）题目 | 本人排名 | 发表（或出版）日期 | 发表刊物（或出版单位） |
|  |  |  |  |
| **个人申请报告**（应包括本人申请博士学位已具备的条件、博士期间的研究设想等，如不够可附页） |
| 申请人签名（手签）： 年 月 日 |
| **申请人所在单位人事部门意见** |
| 同意 同志在职申请博士专业学位，已知晓需全脱产进行课题研究时间不少于两年。 负责人签字： 单位盖章： 年 月 日 |
| **报考导师意见**（重点评价申请人有无博士培养潜力，并确定是否同意其攻读博士学位） |
|   签名（手签）： 年 月 日 |
| **招生学院意见（盖章）：**年 月 日 | **研究生院意见（盖章）：**年 月 日 |

注：本表一式两份，用A4纸正反面打印，下载时若表格变形，请自行修正。