

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。