附件1

南通大学2023年同等学力研究生学习申请表

推荐单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | | 性别 | | |  | | | 年龄 | | |  | 健康  状况 | | |  | | | 本人照片  （电子版） | |
| 工作单位 | | | | |  | | | | | | | | | | | 职 务  职 称 | |  | | | | |
| 通信地址  （邮政编码） | | | | |  | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 报考院系 | | | | |  | | | 报考专业 | | | | | |  | | | 身份证号 | | | |  | | | |
| 最  后  学  历  及  进  修  情  况 | 最 后  学 历 | | | | | 授 学 位  学 校 | | | | | 授 学 位  专 业 | | | | | | | | 学 制 | | | 学位证书编号 | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |
| 进修情况 | | | 学习起止时间 | | | | | 进 修 学 校 | | | | | | | | 专 业 | | | | | 进 修 类 别 | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 工  作  与  科  研  经  历 | 工 作 单 位 | | | | | | | | | | | 职 务 | | | | | 工 作 内 容 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
| **报考临床医学专业学位人员必填** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 规培状态 | | | | | | | | | | 规培基地  名称 | | | | | 规培专业  名称 | | | | | 规培  开始时间 | | | | 规培  结束时间 |
| 已完成规范化培训 □  正在接收规范化培训 □ | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 所在单位  推荐意见 | | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 招生学院  审查意见 | | | 是否同意进入第一阶段课程学习 是□ 否□  是否符合以同等学力申请硕士学位基本条件 是□ 否□  （不符合者不得进入国家系统指纹录入）  （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

以上信息正确无误，本人签字确认：