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、需领导机关填写的部分，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） | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | 移动  电话 | |  | | | | | |
| 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 |
| 同意不同意  盖章：  年 月 日 |
| 备注 |
|  |