**北京协和医院**

**同等学力申请表**

 申请人姓名：

 工作单位：

 申请授予学位

 的学科、专业：

 申请学位类型： 专业/科研 硕士/博士

北京协和医院制

年 月 日

**基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 职称 |  | 学科专业 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 现工作单位 |  | 导师姓名 |  |
| 通讯地址 |  | 邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 | 起止年月 | 学习或工作单位 | 职称（职务） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员 |  |

**推荐意见**

|  |
| --- |
| 申请人所在单位的科室意见：（政治表现、工作表现、理论基础、专业知识、学术水平、外语程度及是否同意本人申请） 主任签名： 年 月 日 |
| 申请人所在单位人事部门意见：  部门负责人签字（加盖公章）： 年 月 日 |
| 拟攻读学位的导师意见（是否同意接受申请） 导师签名： 年 月 日  |
| 导师所在科室意见（是否同意接受申请） 科主任签名： 年 月 日  |
| 教育处意见 教育处负责人签字（加盖公章）： 年 月 日  |