

滨州医学院附属医院

____年硕士研究生报考申请表

申请时间： 年 月 日

| 基本 情 况 | | | | | |
|-----------------------|--|---|------|------|--|
| 姓 名 | | 性 别 | | 出生年月 | |
| 资格级别 | | 获得时间 | | 工作时间 | |
| 最高学历 | | 毕业学校及所学专业 | | 毕业时间 | |
| 最高学位 | | 毕业学校及所学专业 | | 毕业时间 | |
| 所在科室 | | | 手机号码 | | |
| 是否取得规培证 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 报 考 情 况 | | | | | |
| 报考院校 | | 报考专业及研究方向 | | | |
| 报考类别 | <input type="checkbox"/> 全日制攻读 <input type="checkbox"/> 在职攻读（ <input type="checkbox"/> 双证 <input type="checkbox"/> 单证） | | | | |
| 脱产学习时间 | _____年____月至 _____年____月 | | | | |
| 报考理由： | | | | | |
| 申请人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 科室审批意见： | | | | | |
| 负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 主管部门审批意见： | | | | | |
| 负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 人力资源部审批意见： | | | | | |
| 负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 医院审批意见： | | | | | |
| 单位盖章： 年 月 日 | | | | | |

注：1. 每年 8 月 31 日前拟报考人员统一提交申请表至人力资源部，由医院研究审批，未经医院批准或未履行相关手续者，医院不予承认。
 2. 本表一式二份，一份人力资源部留存，一份所在科室留存。