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：