**湖北民族大学**

**同等学力人员申请硕士学位资格审查表**

**申请单位名称： 湖北民族大学 注册ID：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 姓名拼音 |  | **贴照片处**（小2寸、蓝底，须与信息平台的相片一致） |
| 性别 |  | 出生日期 |  |  民族 |  |
| 国籍 |  | 政治面貌 |  |
| 证件号码 |  | 证件类型 |  |
| 工作单位所在省市 |  | 参加工作年月 |  |
| 工作单位名称 |  | 工作单位性质 |  |
| 移动电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 个人简历 | 起止年月 | 在何地、何部门、任何职务(从开始填写) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 学士学位授予单位 |  | 学位证书编号 |  |
| 学士学位获得年月 |  | 专业名称 |  |
| 拟申请一级学科 |  | 拟申请研究方向 |  |
| 申请人工作业绩及学术成就简介 |
| 个人承诺：本人保证以上信息真实、准确，并愿意承担由于以上信息虚假带来的一切法律责任和后果。 本人签名：年 月 日 |
| 规培基地对申请人的思想政治表现、工作业绩、学术水平的审查意见（正在规培的医学生填写）  规培基地公章  年 月 日 |
| 所在单位对申请人的思想政治表现、工作业绩、学术水平的审查意见 人事或组织部门公章   年 月 日 |
| 学院审核意见：经审核，申请人所提供报名材料真实、准确，符合学校关于同等学力人员申请资格。审核人签字（章）： 学院（公章） 年 月 日 |
| 研究生处审核意见： 研究生处（公章） 年 月 日 |

注：本表一式两份，正反面打印。一份学院存档、一份研究生院存档。“本人签名”处必须手写签名，打印无效。