

附件 3:**河北医科大学 2022 年在职医师申请临床医学专业学位博士
报名资格审查表**

姓 名		性 别		出生年月	
工作单位及科室					
身份证号码					
通讯地址					
手 机			固定电话		
获硕士学位时间			获硕士专业		
硕士学位类别 (专业学位/学术学位)			硕士学位证号		
医师资格证号			执业范围		
现任职称			现从事专业		
拟报专业			拟报导师		
本人以上信息真实有效，如有问题一切后果自负。					
签字： 年 月 日					
本人所在科室意见（参考附件 4 相关要求，作出科室意见）：					
科室主任签字： 年 月 日					
单位人事部门意见（参考附件 4 相关要求，作出意见）：					
盖 章 年 月 日					