首都医科大学口腔医学院

同等学力申请学位人员建立导师指导关系申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同等学  力人员  情况 | 姓名 |  | 学号 |  | | 性别 |  |
| 出生日期 |  | | 拟入学时间 | | 年 月 | |
| 获学士学位专业 |  | | 学士学位授予学校 | |  | |
| 获硕士学位专业  （限同等学力博士填写） |  | | 硕士学位授予学校  （限同等学力博士填写） | |  | |
| 一阶段规培专业  （限同等学力博士和硕士专业学位填写） |  | | 二阶段规培专业\*  （限同等学力博士填写） | |  | |
| 工作单位 |  | | 所在部门或科室 | |  | |
| 申请学位专业 |  | | 申请学位级别 | |  | |
| 学位类型 |  | | 联系电话 | |  | |
| 人员类型（学院勾选） | □首医系统外在职职工 □首医系统内非本单位在职职工 □本单位在职职工 | | | | | |
| 导师  情况 | 姓名 |  | 单位 | |  | | |
| 职称 |  | 指导学生学位类型 | |  | | |
| 专业 |  | | | | | |
| 导师意见（是否同意接收、指导）：  导师签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 导师所在教研室意见（是否同意接收）：  主任签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 导师所在科室意见（是否同意接收）：  主任签字: 年 月 日 | | | | | | | |

说明：

1.申请学位级别填写硕士或博士，学位类型填写科学学位或专业学位。自2015年起，具备北京市住院医师规范化培训合格证书的同等学力人员方可申请临床学科硕士专业学位。\*同等学力博士如无二阶段规培合格证，填写专业技术职称的专业。

2.同等学力人员应在规定时间内办理导师指导关系。原则上导师专业应与同等学力人员专业在二级学科上一致。

3.各学科规范名称请于网上查询，网址<http://yjs.ccmu.edu.cn/xuekejieshao.asp>。