|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学历、学位教育申请表**  申请日期　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | |
| **学员基本信息** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 出生日期 | |  | | | 籍贯 |  | | 2寸照片 |
| 职务 |  | 职称 | |  | | | 科室 |  | |
| 英语水平 |  | 最高  学历 | |  | | | 最高  学位 |  | |
| 最高学历毕业院校 | |  | | | | | 所学  专业 |  | |
| 毕业日期 | |  | | | 进院日期 | | |  | | |
| 现从事岗位及业务发展方向 | | | | |  | | | | | |
| **申请学历、学位教育类别** | | | | | | | | | | |
| 攻读学历 | | |  | | | 攻读方式 | | | **□ 不脱产**  **□ 脱 产** | |
| 学 制 | | |  | | | 报考院校 | | |  | |
| 毕业时间 | | |  | | | 报考专业 | | |  | |
| 申请理由 | | | 申请人签字：    年 月 日 | | | | | | | |
| 本人承诺 | | | 本人已阅读《商洛市中心医院关于员工在职学历、学位教育管理的规定》，并已知晓在职学历、学位教育管理的规定内容。本人承诺按照医院规定执行，如有违反规定，后果由本人承担。  承诺人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 所在科室意见 | | | 科室负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 主管院长意见 | | | 签 字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 院长意见 | | | 签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 科教科审核备案 | | | 科教科负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | |