**在职人员攻读研究生审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 政治面貌 |  | 相片 |
| 所在科室 |  | 工作年限 |  | 职务职称 |  | 是否在编 |  |
| 现有学历  及专业 |  | 研究生攻读专业 |  | 研究生攻读方式 |  | 电话号码及短码 |  |
| 工作简历及获奖情况 |  | | | | | | | |
| 所在科室意见 | 科主任签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 职能部门意见 | 负责人签名（盖章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 人事科意见 | 负责人签名（盖章） | | | | | | | |
| 医院意见 | 医院教育委员会（盖章） 年 月 日 | | | | | | | |