宁夏医科大学教职工在职攻读本校研究生学习申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 工作时间 |  | 到校时间 |  | 职称/职务 |  |
| 工作单位 |  | 岗位 | □教师 □科研 □教辅  □辅导员 □管理 | | |
| 攻读专业 |  | | 攻读学位 | □硕士 □博士 | |
| 学位点所在学院 |  | | 联系电话 |  | |
| 个人申请 | □脱产 时间从 年 月至 年 月    □半脱产 脱产攻读时间从 年 月至 年 月  □不脱产  本人签名：    年 月 日 | | | | |
| 工作单位意见：  负责人签名：  年 月 日 | | | 导师意见：  签名：  年 月 日 | | |
| 研究生院意见：  负责人签名：  年 月 日 | | | 教师工作部（人事处）意见：  负责人签名：  年 月 日 | | |