# 昆明医科大学 2025 年同等学力课程

# 进修班单位审核意见表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **技术职称** |  | **照片** |
| **出生日期** |  | | **身份证号码** | |  | | |
| **本科毕业院校** |  | | **毕业专业** | |  | | |
| **获学士学位时间** |  | | **参加工作时间** | |  | | |
| **现从事专业** |  | | | **拟报进修班学习专业** | | |  | |
| **现工作单位** |  | | | **联系电话** | | |  | |
| **工作单位所在地**  **（省、市、区）** | 本期进修班只招收在昆明地区（五华区、盘龙区、西山区、官渡区、呈贡区、晋宁区、安宁市、东川区）的各级医疗卫生单位工作人员 | | | | | | | |
| **单位审核意见（人事部门）：**  **负责人签字： 单位（人事部门）公章：**  **年 月 日** | | | | | | | | |

本表一式三份，研究生院、人事关系所在单位、本人各执一份，留存查询。