

昆明医科大学 2020 年博士研究生招生调剂申请表

考生姓名		性别		准考证号	
考生来源	应 届 <input type="checkbox"/> 往 届 <input type="checkbox"/>				
硕士毕业学校					
硕士学位专业					
硕士学位类别	学术学位 <input type="checkbox"/> 专业学位 <input type="checkbox"/>				
现工作（学习）单位					
现从事专业				所在科室	
是否具有西医执业医师资格证	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
执业医师资格证执业范围					
是否获得住院医师规范化培训合格证书	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
参加住院医师规范化培训专业					
是否具有主治医师或以上职称	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
拟申请调剂专业代码及名称					
拟申请调剂导师					
<p>本人自愿申请博士研究生招生普通招考复试调剂，并到调剂专业参加复试。</p> <p style="text-align: right;">本人签名： 日 期：</p>					

注：1.请考生如实填写有关信息，一旦查实考生填写调剂信息有虚假，则取消该生调剂资格
 2.请考生于 2020 年 7 月 31 日 10:00 前将本表、《执业医师资格证》和《住院医师规范化培训合格证》，或主治医师及以上职称证发送至研究生招生办公室邮箱：kyyzb@kmmu.edu.cn。