苏州市独墅湖医院（苏州大学附属独墅湖医院）

研究生进院登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | | 照片 | |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | |
| 身份证号 |  | | 学 号 |  | | |
| 本人手机 |  | | 紧急联系人及电话 |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 学校名称 |  | | | 所在院系 |  | | | |
| 专业名称 |  | | | 学 制 |  | 年 级 | |  |
| 导师姓名 |  | | | 科室/病区 |  | | | |
| 进院起始时间 |  | | | | | | | |
| 临时住址 |  | | | | | | | |
| 银行卡号 |  | | | 开户行 |  | | | |
| 接收科室  意见 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 医务处或护理部意见1 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 人事处  意见 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 科研部  意见 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | |

填表日期：

1. 临床、医技研究生由医务处负责人签字、护理研究生由护理部负责人签字
2. 此表审批完成后交科研部备案