2023年语言病理学同等学力研修班

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 |  | | | 出生日期 | |  | | | 照片 |
| 身份证号码 |  | | | | 民族 |  | | | 政治面貌 | |  | | |
| 毕业高校和所学专业 | | | |  | | | | | | | | | |
| 外语等级及成绩 | |  | | | | | 计算机等级及成绩 | | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | | 邮编 |  |
| 联系电话 |  | | | | | | 电子邮箱 |  | | | | | |
| 报考专业方向 | | | 1、儿童语言治疗 2、成人语言治疗 3、听力学 | | | | | | | | | | |
| 学习和工作经历(自高中起) |  | | | | | | | | | | | | | |
| 获奖情况 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 教学及科研经历及成果 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人所在单位意见(请注明：是否同意推荐)： | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位负责人签名： | | | | | | | | | (单位盖章)  年 月 日 | | | | | |

本人保证提交的申请表和其它全部申请材料的真实性和准确性。如果提交的信息不真实或不准确，本人同意北京语言大学拒绝本人的报名申请。

申请人签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日