附件3

2019年重庆市住院医师规范化培训

学员结业考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人填写 | 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | | |  | | 学历/学位 |  |
| 培训基地  医院名称 | |  | | | 培训起止时间 | | |  | | 报考  专业 |  |
| 培训学科 | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 培训 轮转 情况 | 时间 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 科室 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 时间 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 科室 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 培训登记手册记录汇总表 | | | | | | 填写附件4 | | | | |
| 培训基地填写 | 出科 考试 成绩 | 科室 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 成绩 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 科室 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 成绩 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 注：出科考试成绩按百分制评定。 | | | | | | | | | | | |
| 培训基地意见 | 基地主任签名： | | | | | | | | | | |
|
| 培训基地医院资格审查意见：    单单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | 市卫生健康委资格审查意见：  单单位盖章：  年 月 日 | | | | | |
| 本人承诺，提交的报考信息真实、准确，无伪造、变造有关证件、材料、信息，骗取考试资格行为。如有不实，后果自负。  承诺人签字：  ： | | | | | | | | | | | | |