附件3

住院医师规范化培训轮转信息审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | | 性别: | | 身份证号： | | |
| 培训基地/院校名称： | | | | 招收届别： | | |
| 培训专业： | | | | 核定的培训年限： | | |
| 轮转信息 | | | | | | |
| 轮转周期（年月日-年月日） | | | 轮转科室 | | | 出科考试结果 |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
| 年度考试  结果 | 理论考试 | | 第一年度： | | 第二年度： | |
| 实践技能考试 | | 第一年度： | | 第二年度： | |
| 所在住培基地/院校审核意见：  住培基地/院校审核人签名： 住培基地/院校盖章：  年 月 日 | | | | | | |

本人承诺：所有信息全部真实准确。

本人签字： 年 月 日