附件4

住院医师规范化培训结业补考报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | （个人免冠二寸彩照） |
| 毕业学校 |  | 学历 | |  | |
| 毕业专业 |  | 学位 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 培训基地 |  | | 培训专业 | |  | |
| 培训开始时间 |  | | 培训结束时间 | |  | |
| 首次报考  结业考核时间 | 年 月 | | | | | |
| 理论考试 | 是否通过（） 通过时间： 年 月 | | | | | |
| 实践能力考试 | 是否通过（） 通过时间： 年 月 | | | | | |
| 考生承诺：  所填写信息真实有效，若弄虚作假，自愿承担相应后果。  本人签名：  年 月 日 | | | 审核意见：    审核人员签名：  住培基地/院校盖章：  年 月 日 | | | |