附件2

助理全科医生培训轮转信息审核表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | | | | 身份证号： | |
| 培训基地： | | | | 招收届别： | |
| 培训专业：□西医全科 □蒙医全科 □中医全科 | | | | 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 | |  | | |
| 实践技能考试 | |  | | |
| 所在培训基地审核意见：  培训基地审核人签名： 培训基地盖章： 年 月 日 | | | | | |

本人承诺：所有信息全部真实准确。

本人签字： 年 月 日