2020年住院医师规范化培训结业考核

临床实践能力考核报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 号 |  | | 姓 名 |  | 性别 |  |
| 规培专业 | □中医 □中医全科 | | | 研究生专业 |  | |
| 证件类型 | 身份证 | | 证件号码 |  | | |
| 医师资格证编号 | |  | | | | |
| **本人承诺：** | | | | | | |
| 所有信息全部真实准确。并已知晓：临床实践能力考核包括临床实践技能考核和临床综合能力考核两部分，凡报名临床实践能力考核的考生两部分考核均须参加。  签字：  年 月 日 | | | | | | |
| **所在规培基地审核意见：** | | | | | | |
| □同意参加考核 □不同意参加考核  科教科(或教学处)盖章  年 月 日 | | | | | | |