

## 附件 4

## 2021 年重庆市住院医师规范化培训 学员结业考核加试工作申请表

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 (需填写完整的轮转计划)	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：					市卫生健康委资格审查意见：				
单位盖章：					单位盖章：				
年 月 日					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：									