

## 附件 5

## 2021 年重庆市助理全科医生培训学员 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		
	培训基地 医院名称		培训起止时间						
			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							
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							
		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： 年 月 日					单位盖章： 年 月 日				
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人签字：</p>									