**结业考核轮转登记表**

姓名： 人员编码： 培训专业：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **轮转时间** | **轮转科室** | **出科理论成绩** | **出科操作成绩** | **备注** |
| 2021.08-2021.10 | 心血管内科 | 90 | 85 |  |
| 2021.11-2022.01 | 消化内科 | 88 | 89 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 本人承诺以上内容填报属实，如有弄虚作假，一经查实，取消结业考核资格。请手写以下文字：**本人已知晓2024年度住院医师规范化培训结业考核专业理论考核和临床实践能力考核只举行一次，承诺将严格执行结业考核相关规定及要求。**

本人签名：

本专业项目主管签名：