附件3

2025年度辽宁省住院医师规范化培训结业考核报名汇总表

培训基地、高校：（公章） 市卫生健康委审核：（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学员姓名 | 身份证号 | 培训基地 | 专业基地 | 报考科目 | 培训开始  时间 | 培训结束时间 | 最高学历 | 最高学位 | 过程考核  （合格/不合格） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

具体负责部门： 负责人： 联系电话：

注：1.培训基地及专业基地名称请规范填写。

1. 此表一式三份，由培训基地/高校、市卫生健康委及省卫生健康服务中心各留存一份；省直单位、高校直接报送省卫生健康服务中心。
2. 报考科目按照理论考核、实践技能考核、两科均考核内容填写。
3. 培训开始时间、结束时间按照“××××年××月”格式填写。

5.最高学历学位均指已经取得证书的最高学历学位。

6.备注内请标注协同单位、是否有延期等特殊情况。