附件二

临床医学硕士专业学位研究生参加2016年

河南省住院医师规范化培训结业考试

申 请 表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 就读院校 |  | | 年级 |  | 所学专业 |  |
| 学号 |  | | 报考专业 |  | 医师资格  证书编号 |  |
| 临床轮转时间 | （月） | | 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 临床轮转考核情况 | | 《临床医学硕士专业学位研究生（住院医师）培训考核手册》 | | | | |
| 申请人承诺：  1.本人保证所提交的资料、信息完全真实、合法，承担因不实而产生的一切后果。  申请人签名:  填表日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 研究生导师审核：  导师签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 学科审核：  学科主任签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 医院研究生主管部门审核：  临床医学院研究生主管部门负责人签字（盖公章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 住院医师规范化培训专业基地审核：  规培办负责人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 住院医师规范化培训基地医院主管部门审核：  住院医师规范化培训基地医院主管负责人签字（盖公章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 提交申请表时一并提交以下材料：  1.身份证复印件1份；  2.《医师资格证书》复印件1份；  3.相关人员签字、相关部门盖章的《临床医学硕士专业学位研究生（住院医师）培训考核手册》原件1份。 | | | | | | |