|  |
| --- |
| 基本信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 证件照 |
| 证件类型 |  | 证件号 |  |
| 培训基地 |  | 培训专业 |  |
| 入培年级 |  | 结业考核年份 |  |
| 学位 |  | 联系方式 |  |
| 资格信息 |
| 学历 |  | 毕业证书编号 |  |
| 培训年限 |  | 培训起止日期 |  |
| 执业资格材料 |  | 执业资格材料编号 |  |
| 执业类型 |  | 执业范围 |  |
| 公共科目考试成绩 | 培训登记手册完成情况 |
|  |  |
| **培训基地初审意见：**我已审核该医师的结业考核资格相关材料原件，以上内容来源于上述材料，内容真实。审核人签名： 单位公章： 年 月 日 | **市卫计委复审意见：**我已复核该医师的结业考核资格相关材料原件，以上内容来源于上述材料，内容真实。复审人签名： 单位公章： 年 月 日 |

**表1 江苏省住院医师规范化培训（西医）理论统考**

**资格审核情况表**