附件5

2019年中医全科医生转岗（岗位）、助理全科培训实践技能考核成绩汇总表

填报单位： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 身份证号 | 工作单位 | 县（市、区） | 临床培训基地（医院） | 培训开始时间（年月） | 培训结束时间（年月） | 培训类型（全科转岗/全科岗位/助理全科） | 实践技能考核 | 备注 |
| 考核时间 | 成绩（总分） | 考核单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：请于7月5日前加盖地市公章后发电子邮箱573330339@qq.com（包括word或excel，及pdf版）