**附件3**

**2015年以前在读临床医学硕士专业学位研究生 申请参加住院医师规范化培训结业考核人员汇总表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高等医药院校名称（盖章）： | 联系人 |  |
| 申请参加住院医师规范化培训结业考核人数： 人 | 联系电话 |  |
| 序号 | 姓名 | 入学时间 | 学习专业 | 累计临床轮科时间（月） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | （可增加页） |