附件3

**2023年度沂蒙革命老区助理全科医生培训结业考核人员信息汇总表**

培训基地医院（公章）： 主管部门负责人： 填表人： 复核人： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **人员类型** | **学历** | **执业（助理）医师资格证书编号** | **培训专业** | **培训起止时间** | **理论考核** | **实践能力考核** | **备注** |
| **（年月-年月）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.理论考核和实践能力考核报考栏中，参加相应考核填“是”，否则填“否”；**

**2.人员类型：单位送培和社会化学员**