附件6

2019年全科医生转岗（岗位）培训结业临床实践能力考核成绩汇总表

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） | 培训专业（全科医生转岗/全科医生岗位/助理全科医生岗位） | 临床实践能力考核 | | | 备注 |
| 考核时间 | 成绩  （总分） | 考核单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：[请于7月5日前xls、PDF（加盖公章）电子格式发省考试中心电子邮箱398821640@qq.com](mailto:请于7月5日前xls、PDF（加盖公章）电子格式发电子邮箱398821640@qq.com)