**温州医科大学附属第一医院住培年限减免申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **终身码** |  |
| **所属单位** |  | | **培训学科** |  |
| **最高学历** |  | | **最高学位** |  |
| **申请理由** | **签字： 年 月 日** | | | |
| **资格审查意见** | **签字： 年 月 日** | | | |
| **成绩汇总** | **基本理论考核（30分）** | **成绩:  结论：合格□ 不合格□   考核负责人： 年 月 日** | | |
| **基本技能考核（20分）** | **成绩:  结论：合格□ 不合格□   考核负责人： 年 月 日** | | |
| **专科临床实践能力（50分）** | **成绩:  结论：合格□ 不合格□   考核负责人： 年 月 日** | | |
| **培训基地审批意见** | **结论： 经综合临床能力水平测试，同意其减免住院医师规范化培训时间 年    负责人： 年 月 日** | | | |