|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **河源市人民院优秀规培学员审批表** | | | | | |
| 所在基地（专业） 申请时间 年 月 日 | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | |  |
| 执业（助理）医师考试成绩 |  | E-mail |  |  | 照片 |
| 5+3/3+2 |  | 电话 |  |  |  |
| 自我评价： | | | | | |
| 申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | |
| 基地意见： | | | | | |
| 基地主任（签字）：  年 月 日 | | | | | |
| 科教科意见： | | | | | |
| 科教科意见（盖章）  年 月 日 | | | | | |