|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | |
| 姓 名 | ${userName} | 性 别 | | | ${sexName} | |  | | --- | | ${headImg^html} | |
| 证件类型 | ${cretTypeName} | 证 件 号 | | | ${idNum} |
| 培训基地 | ${orgName} | 培训专业 | | | ${speName} |
| 入培年级 | ${sessionNumber} | 结业考核年份 | | | ${graduationYear} |
| 学 位 | ${degreeName} | 联系方式 | | | ${userPhone} |
| **资格信息** | | | | | | |
| 学 历 | ${educationName} | 毕业证书编号 | | | ${collegeCertificateNo} | |
| 培训年限 | ${trainYear} | 培训起止日期 | | | ${startDate}~${endDate} | |
| 报考资格材料 | ${qualifiName} | 报考资格材料编号 | | | ${qualifiNo} | |
| 取得资格日期 | ${qualifiTime} | | | | | |
| 执业类型 | ${practName} | 执业范围 | | | ${practScope} | |
| 培训登记手册完成情况：${registeManua} | | | |  | | |
| **培训基地初审意见：**  我已审核该医师的结业考核资格相关材料原件，以上内容来源于上述材料，内容真实。  审核人签名： 单位公章：  年 月 日 | | | **市卫计委复审意见：**  我已复核该医师的结业考核资格相关材料原件，以上内容来源于上述材料，内容真实。  复审人签名： 单位公章：  年 月 日 | | | |

**湖北省住院医师规范化培训（西医）结业**

**理论统考资格审核情况表**