**江苏省住院医师规范化培训和助理全科医生培训（西医）结业**

**理论统考资格审核情况表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | |
| 姓 名 | ${userName} | 性 别 | | ${sexName} | |  | | --- | | ${headImg^html} | |
| 证件类型 | ${cretTypeName} | 证 件 号 | | ${idNum} |
| 入培年级 | ${sessionNumber} | 结业考核年份 | | ${graduationYear} |
| 人员类型 | ${doctorTypeName} | 培训基地 | | ${orgName} |
| 培训类别 | ${trainingTypeName} | 培训专业 | | ${speName} |
| 学 位 | ${degreeName} | 联系方式 | | ${userPhone} |
| **资格信息** | | | | | |
| 学 历 | ${educationName} | 毕业证书编号 | | ${collegeCertificateNo} | |
| 培训开始时间 | ${startDate} | 培训结束时间 | | ${endDate} | |
| 报考资格材料 | ${qualifiName} | 报考资格材料编号 | | ${qualifiNo} | |
| 取得资格时间 | ${graduationMaterialTime} | 执业类型 | | ${practName} | |
| 执业范围 | ${practScope} | 培训年限 | | ${trainYear} | |
| 培训登记手册完成情况：${registeManua} | | | 实际轮转时间（月）：${allMonth} | | |
| 数据完后比例：${avgComplete} | | | 数据审核比例：${avgAudit} | | |
| 全科医学及相关理论知识考试成绩：${skillScore} | | | | | |
| 受疫情影响未完成的培训：${remark} | | | | | |
| **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 | | | **市卫健委复审意见：**  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 | | |