附件一：

临床医学硕士专业学位研究生临床经历认定申请表

高 校 名 称

研究生姓名

身 份 证 号

学 号

学 科 专 业

导 师 姓 名

医师资格证书编号

申请认定住院医师规培专业

填 表 日 期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请形式：** | 1.申请参加住院医师规范化培训结业考核 | 签名： |
| 2.申请住院医师规范化培训临床经历 | 签名： |
| 3.放弃 | 签名 |
| 注：申请“放弃”的，以下内容不用填写。 | | |
| **本人申请：**我已详细了解教育部办公厅、国家卫生计生委办公厅、国家中医药管理局办公室《关于加强医教协同做好临床医学硕士专业学位研究生培养与住院医师规范化培训衔接工作的通知》（教研厅〔2016〕1号）精神，郑重承诺提交的临床轮转材料真实可靠，绝无弄虚作假。特自愿申请参加临床医学硕士专业学位研究生培养与住院医师规范化培训衔接工作！  申请人：  年 月 日 | | |
| **研究生自我总结**（研究生对临床培养时间、轮转科室、培养内容和学习体会等方面进行自我总结）：  研究生签名： 年 月 日 | | |

注：本表不够可加页，字数采用小四号宋体，行距固定值23磅。

|  |
| --- |
| **培养医院认定意见**（根据研究生培养方案要求，由培养医院基地负责人对研究生的临床轮转经历进行认定）：  （一）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日    （二）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  （三）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  （四）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  （五）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  （六）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  （七）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  （八）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  （九）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  （十）轮转科室名称： ，轮转时间： 月，  认定为规培时间： 月。  负责人签名： 年 月 日  以上认定该研究生的住院医师规范化培训总时间： 月  认定住院医师规范化培训轮转科室：      主管医院规培负责人签名：  主管研究生的负责人签名：  培养医院：（盖章）  时间： 年 月 日 |
| 导师审核意见：  导师签名： 年 月 日 |
| 院部研究生主管审核意见：  主要负责人签名（公章）： 年 月 日 |
| 研究生处审核意见：  主要负责人签名（公章）： 年 月 日 |

注：1.属于认定参加住院医师规范化培训结业考核的由主管规培的的负责人签字；属于临床轮训经历认定或放弃的由主管研究生的负责人签字。2.对于轮转科室多于10个的可在其后填写。