|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **北京大学肿瘤医院 专业型硕士临床规范化培训计划表** | | | | | | | | | | |
| 基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  | 所在科室 |  |
| 毕业院校 | |  | | | | | 毕业时间 |  | |
| 所学专业 | |  | | | | | 导师姓名 |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | E-mail |  | |
| 是否通过执业医师考核 | | |  | | 执业医师证书号 | | |  | | |
| **轮 转 计 划**（ 年 月 日~ 年 月 日，共 月） | | | | | | | | | | |
| 计划轮转科室 | 轮转科室 | | | | | | 轮转起止时间及月数 | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| 导师审核意见：    导师签字： 日期： | | | | | | | | | | |
| 教研室审核意见：    负责人签字： 日期： | | | | | | | | | | |
| 教育处审核意见：    签章： 日期： | | | | | | | | | | |
| 规培办公室审核意见：  签章： 日期： | | | | | | | | | | |

**\*此表一式四份（研究生、教研室、教育处、规培办各1份）**