|  |
| --- |
| **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）**