附件 6

云南省住院医师规范化培训结业综合考核成绩汇总表

省医师协会/省中医药学会继教专委会（盖章）：_____　　考核专业：_____

填报人：_____　　联系电话：_____　　填报日期：_____年____月____日

序号	培训基地	姓名	性别	准考证号	临床技能考核成绩											备注
					结业考核（一）			结业考核（二）							总结果	
					第一站	第二站	结果	第三站	第四站	第五站	第六站	第七站	第八站	结果		

注：考试成绩请保留小数点 2 位。

www.med126.com
www.med126.com