附件10

**广西医科大学历届（已毕业）专业学位硕士研究生**

**《住院医师规范化培训合格证书》审核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 学生姓名 |  | | 学号 |  |
| 培养层次 | □临床医学专业学位硕士 □口腔医学专业学位硕士 | | | |
| 联系方式 |  | | 专业 |  |
| 二级学院 |  | | 教研室 |  |
| 导师姓名 |  | | | |
| 住院医师规范化培训考试情况 | | | | | |
| 考试时间 | | |  | | |
| 考试成绩 | | |  | | |
| 是否合格 | | | □是 □否 | | |
| 申请人承诺 | 本人保证上述考试信息无误，成绩真实，无造假行为。  本人签名： 年 月 日 | | | | |
| 注：住院医师规范化培训考试成绩作假属于舞弊造假行为，将按《广西医科大学研究生违纪处分规定》给予相应处分，不授予学位。 | | | | | |