**南京中医药大学研究生临床轮训申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轮训医院 |  | 年 级 | |  | | | | 学 号 | |  | 照片 | |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | | | 国 籍 | |  |
| 联系电话 |  | 专 业 | |  | | | | 导 师 | |  |
| 学位级别 | 🞎 硕 士 🞎 博 士 | | 学位类型 | | | 🞎 专业型 🞎 学术型 | | | | |
| 身份证号 |  | | 银行卡号  开户行及具体支行 | | | | | |  | | | |
|  | | | |
| 临 床 轮 训 计 划（ 年 月 日 至 年 月 日） | | | | | | | | | | | | |
| 科室 | 轮转科室 | | | | 学习时间 | | | | | | | 学习时长 |
| 相关  专业 |  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
|  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
|  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
|  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
|  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
|  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
|  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
| 本专业 |  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
| 跟师门诊 |  | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | 个月 |
| **本人承诺：尊师守纪，服从安排管理，认真临床工作，按期完成临床实训任务。**  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 导师意见：  签名  年 月 日 | | | | | | | 学院意见：  盖章  年 月 日 | | | | | |
| 研究生院/国教院意见：  盖章  年 月 日 | | | | | | | 医院（基地）意见：  盖章  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | |

相关专业科室轮训：基于申报计划，由医院根据实际情况统一安排（必要时调整学习科室）。