**各轮转科室评语**

**注：须依据二级学科阶段的 轮转顺序 填写下述资料。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **学生基本信息** | | | |
| **学生姓名** |  | **所在医院** |  |
| **二级学科导师**  **所在科室** |  | **二级学科导师姓名**  **（职务/职称）** | **/** |
| **科室评语** | | | |
| 轮转科室： | | 轮转时间： | |
| 主管医师职称： | | 主管医师邮箱： | |
| 该生轮转期间表现：优秀□ 良好□ 合格□ 不合格□ | | | |
| 主管医师评语：（请客观描述学生的轮转表现，并着重突出职业、人文素养）  签字：  年 月 日 | | | |
| **科室评语** | | | |
| 轮转科室： | | 轮转时间: | |
| 主管医师职称： | | 主管医师邮箱： | |
| 该生轮转期间表现：优秀□ 良好□ 合格□ 不合格□ | | | |
| 主管医师评语：（请客观描述学生的轮转表现，并着重突出职业、人文素养）  签字：  年 月 日 | | | |
| **科室评语** | | | |
| 轮转科室： | | 轮转时间： | |
| 主管医师职称： | | 主管医师邮箱： | |
| 该生轮转期间表现：优秀□ 良好□ 合格□ 不合格□ | | | |
| 主管医师评语：（请客观描述学生的轮转表现，并着重突出职业、人文素养）  签字：  年 月 日 | | | |
| **科室评语** | | | |
| 轮转科室： | | 轮转时间: | |
| 主管医师职称： | | 主管医师邮箱： | |
| 该生轮转期间表现：优秀□ 良好□ 合格□ 不合格□ | | | |
| 主管医师评语：（请客观描述学生的轮转表现，并着重突出职业、人文素养）  签字：  年 月 日 | | | |
| **科室评语** | | | |
| 轮转科室： | | 轮转时间: | |
| 主管医师职称： | | 主管医师邮箱： | |
| 该生轮转期间表现：优秀□ 良好□ 合格□ 不合格□ | | | |
| 主管医师评语：（请客观描述学生的轮转表现，并着重突出职业、人文素养）  签字：  年 月 日 | | | |