**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 |