**附件2**

**天津医科大学**

**临床、口腔医学硕士专业学位研究生临床训练补齐方案**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 专业 |  | | 导师及导师单位 |  | |
| 规培基地 |  | | 轮转科室 |  | |
| **未按计划轮转原因**（写明缺失临床训练的原因及起止时间）**：** | | | | | |
| **临床训练补齐方案**（写明补轮转方式及具体时间安排）**：** | | | | | |
| 研究生本人签字： 带教老师签字：  基地科教科签章：    年 月 日 | | | | | |

**注：**

1.同一科室请假**累计7天以下**者，本表一式2份，分别提交轮转科室及规培基地科教科留存。

2.同一科室请假**累计7天及以上**者，本表一式3份，分别提交轮转科室、基地科教科及研究生院留存。