附件6

确有专长考核试卷用量表

（临床实际本领考核）

市卫生健康局（委）（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考点名称 |  | | | | | 考生总人数 | |  | |
| 考核基地名称 |  | | | | | | | | |
| 考核时间 | 年 月 日 上午 | | | | | 年 月 日 下午 | | | |
| 设置数量（个） | 第1站 | | | 第2站 | | 第1站 | | 第2站 | |
| 考站数 | | 每站考官数 | 考站数 | 每站考官数 | 考站数 | 每站考官数 | 考站数 | 每站考官数 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 考生评分表（份）（按实际考生人数计） |  | | | | |  | | | |
| 联系人： | | 联系电话： | | | | 邮箱： | | | |
| 试卷接收单位、地址： | | | | | | 接收人和联系电话： | | | |