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： |