Приложение 3

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

ВЕДОМОСТЬ №
объективного структурированного клинического экзамена

Учебный год _____ Семестр _____
Факультет _____
Курс _____ Группа _____
Дисциплина _____
Дата проведения аттестации _____

№ п/п	Фамилия, инициалы студента	№ зачетной книжки	Баллы		Итоговая отметка
			Станция 1*	Станция 2**	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

* - название станции 1
**- название станции 2

Председатель комиссии _____ _____

Члены комиссии: _____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

Место печати