附件5

济南市中医医院

2022年住院医师规范化培训减免年限申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 人员类型 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业专业 |   | 派送单位 |  |
| 学位类型 |   | 培训基地 |   |
| **申请减免培训年限理由（参照减免申请条件填写）：**后附证明材料（毕业院校、实习医院共同出具的在读期间完成的临床经历、培养内容等证明材料，复印件加盖公章）： 1、2、年 月 日 |
| 培训主管部门审批意见 | **是否同意减免申请及具体减免计划：**基地主任（签字）：年 月 日 |
| 培训基地审核意见 |  负责人 签字： （公章） 年 月 日 |