陕西省2017年住院医师规范化培训弃培登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **身份证号** |  |
| **联系电话** |  | **所报专业** |  | **所报基地** |  |
| **弃培原因** |  申请人（签字）： 年 月 日 |
| **委派单位意见** | **县卫生计生局意见** |
| 同意我单位住院医师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_放弃当年住培资格。委派单位（加盖公章）：联系人： 电话： 年 月 日 | 县卫生计生局（加盖公章）： 联系人： 电话：年 月 日 |
| **市卫生计生局（委）意见** | **省住培管理办公室意见** |
| 市卫生计生局（委）（加盖公章）： 联系人： 电话：年 月 日 |  省住培管理办公室（加盖公章）：  年 月 日 |

备注： 本表一式叁份，个人、委派单位、省住培管理办公室各持一份。