附件

山西省住院医师规范化培训年限减免申请表

培训基地： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 网报号 |  | 性别 |  | 手机 |  |
| 身份证号 |  | 邮箱 |  |
| 减免类型 |  | 减免年限 |  | 培训专业 |  |
| **学历信息（研究生填写）** |
| 学历 | 毕业院校 | 专业 | 导师姓名 | 毕业证书编号 |
|  |  |  |  |  |
| **临床经历** |
| 轮转科室 | 起止时间（年月） | 合计（月） | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所在培养或委派单位：（盖章） | 培训基地意见： 负责人：（盖章） |