陕西省2019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** |  | **所在单位** |  |
| **人员类型** |  | **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** | **省住培管理中心意见** |
| 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 |  省住培管理中心（加盖公章）：  年 月 日 |

备注： 1、**本表需本人亲自手写。**

  **2、**本表一式两份，个人、省住培管理中心各持一份。