**云南省住院医师规范化培训终止培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 | |  |
| 最高学历 |  | | 最高学位 | |  |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 | |  |
| 基地医院 |  | | 培训专业 | |  |
| 进入培训年月 |  | | 已轮转时长 | |  |
| 身份类型 | □单位人 □社会人 □在读研究生 | | | | |
| 终止  培训  原因 | 申 请 人 签字：  年 月 日  或申请单位负责人签章： | | | | |
| 派出  单位  意见 | 主管部门意见（签章）: 年 月 日  单位负责人签章： 年 月 日 | | | | |
| 派出单位所属卫生计生行政部门意见 | 负责人签章： 年 月 日 | | | | |
| 专业基地  意见 | 基地负责人签章： 年 月 日 | | | | |
| 基地医院  意见 | 负责人签章： 年 月 日 | | | | |
| 研究生管理部门意见 | 负责人签章： 年 月 日 | | | | |
| 研究生所属  院校意见 | 负责人签章： 年 月 日 | | | | |
| 省卫生人才交流中心意见 | 负责人签章： 年 月 日 | | | | |
| 省毕教办意见 | 负责人签章： 年 月 日 | | | | |

注：1.本表（双面打印）一式肆份，派出单位、培训基地、省卫生人才交流中心、省毕教办各存一份。

2.住培研究生需同时由基地研究生管理部门和所属院校管理部门签字盖章。