

云南省住院医师规范化培训年限减免申请表

基地医院名称			培训专业		
姓名			性别		
毕业院校			学制	<input type="checkbox"/> 7年制 <input type="checkbox"/> 8年制 <input type="checkbox"/> 专业型硕士 <input type="checkbox"/> 专业型博士 <input type="checkbox"/> 其他	
硕士	毕业专业		博士	毕业专业	
	毕业时间			毕业时间	
申请减免培训年限理由： （需说明的材料附后） 申请人签字：_____年 月 日					
培训基地审批意见	审批人： （公章） 年 月 日		省卫生人才交流中心审核意见	审核人： （公章） 年 月 日	
省毕教办备案意见	（不需审批，检查无误后标注“同意备案”） _____（公章） 年 月 日				

注：1.按照国家相关要求，原则上已具有医学类相应专业学位研究生学历的人员，按照按“缺什么补什么”的原则在培训基地接受培训，硕士培训年限不少于2年、博士培训年限不少于1年；其余情况不得减免培训年限。符合减免年限要求的，以1年为单位进行减免。

2.本表一式二份，报省毕教办备案后，返回一份由培训基地留存备查。