**附件1：**

**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 | □7年制 □8年制  □专业型硕士 □专业型博士  □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 | | 省医师协会/省中医药学会审核意见 | | | 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。

**附件2：**

**医学专业学位硕士（博士）研究生在读期间临床经历、培养内容书面证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | | | 入学时间 | |  | 身份证号 | |  | |
| 就读院校 |  | | | | | | 学习专业 | |  | |
| 申请认定住院医师规培专业 | | | |  | | | | | | |
| 临床培养医院 |  | | | | | | | | | |
| 个人申请 | 本人申请将在读期间完成的临床经历、培养内容计入今后接受住院医师规范化培训的时间及内容。郑重承诺提交的临床轮转材料真实可靠，绝无弄虚作假。  申请人（签字）：:  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 请按照国家《中医住院医师规范化培训标准（试行）》中各住培学科临床轮科要求填写（可增加行） | | | | | | | | | | |
| 培训时间 | | 轮转科室 | 出科考核是否合格 | | 培训时间 | | | 轮转科室 | | 出科考核是否合格 |
| 年 月至 年 月 | |  |  | | 年 月至 年 月 | | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  |  | | 年 月至 年 月 | | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  |  | | 年 月至 年 月 | | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  |  | | 年 月至 年 月 | | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  |  | | 年 月至 年 月 | | |  | |  |
| 年 月至 年 月 | |  |  | | 年 月至 年 月 | | |  | |  |
| 轮转时间合计 | | | 月 | | | | | | | |
| 跟师学习情况 | | | 符合跟师时间要求的周数 周 | | | | | | | |
| 培养医  院意见 | 以上培训经历属实，认定该研究生住院医师规范化培训已完成： 月。  培养医院主要负责人（签字）:  培养医院（盖章）：：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 高等院校审核意见 | 经审核，该研究生住院医师规范化培训的临床经历、培养内容属实。可计入今后接受住院医师规范化培训时间和内容，共计 个月。  高等院校（盖章）：：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 省级行政  部门意见 | 同 意  省卫生健康委员会（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

**附件3：**

**同意送培证明**

现有我单位 年招录人员姓名： ，性别： ，出生年月： ，毕业学校： ，学位： ，专业： 。根据国家住院医师规范化培训政策要求，同意其报名参加中医住院（全科）医师规范化培训基地： 的培训，规培时限 年，时间从 年 月起至 年 月止。

我单位承诺培训期间派出培训人员和我单位的原有工资关系不变，保证其享受基础性工资及其它国家规定的相关待遇，但不包含奖励性绩效；保证为其购买五险一金等社会保险，让其享受国家相关福利待遇；设专门人员定期向贵基地了解学员培训期间的学习和生活，积极协助解决其遇到的困难和问题。培训结束我单位派出人员必须及时返院工作，规培基地不得以任何理由留用。

特此证明！

单位相关部门联系人：

联系电话：

单位名称（公章）：

单位负责人（签名））：

年 月 日