附件二

**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 | 昆明医科大学第一附属医院 | 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 | 省卫生健康人才交流中心 | 审批人：（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和已从事临床医疗工作的医师参加培训，由培训基地考核其临床经历和诊疗能力，考核通过按照“缺什么补什么”的原则在培训基地接受培训,其余情况不得减免培训年限。符合减免年限要求的，最多减免一年。

1. 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。