附件2

2021年山西省住院医师规范化培训基地拟报考学员

信息汇总表

**培训基地医院： （盖章） 报考总人数 人**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **学员性质** | **委培单位** | **报考专业** | **是否符合报考条件** | **申请培训时间（年）** | **申请减免****年限（年）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**基地填表人： 电话： 基地负责人： 电话：**

**填报时间： 年 月 日**

注：1.此表需同时上报Excel格式的电子版。

2.未申请减免培训年限的填“0”。

 3.“学员性质”项目栏填写单位人、农村订单定向免费培养医学生、社会人和专业硕士并轨学员。

 4.“委培单位”项目栏农村订单定向免费培养医学生、社会人不填写，专业硕士并轨学员填写所在院校名称。