附件5

山西省住院医师规范化培训年限减免申请表  **培训基地： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **网报号** |  | **性别** |  | **手机** |  |
| **身份证号** |  | **邮箱** |  |
| **减免类型** |  | **减免年限** |  | **培训专业** |  |
| **学历信息（研究生填写）** |
| **学历** | **毕业院校** | **专业** | **导师姓名** | **毕业证书编号** |
|  |  |  |  |  |
| **临床经历** |
| **轮转科室** | **起止时间（年月）** | **合计（月）** | **证明人** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所在培养或委派单位：（盖章） | 培训基地意见： 负责人：（盖章）  |