**附件 2**

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。