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博士人员，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。