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。