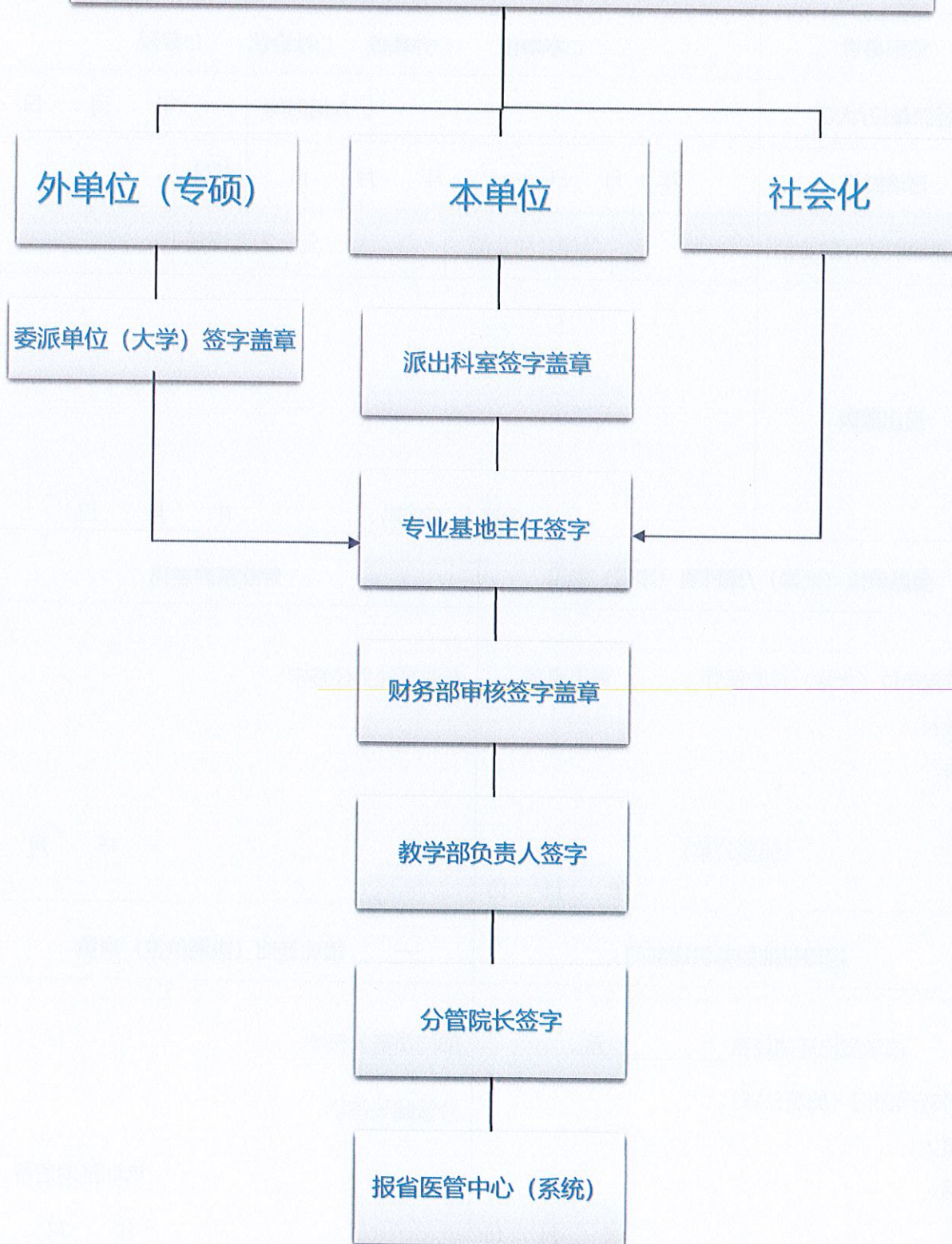


住院医师规范化培训学员退出培训申请流程



山东省立医院住院医师规范化培训学员退出培训申请表

姓 名		身份证号		电话	
培训专业				培训年级	
培训身份	<input type="checkbox"/> 本单位 <input type="checkbox"/> 外单位 <input type="checkbox"/> 社会化 <input type="checkbox"/> 专硕				
委派单位/大学				入培时间	年 月 日
已培时间	年 月 日——年 月 日			共计	
每月基地发放补助金额	元	共领补助金额	元	应退经费	元
退出原因	申请人 (签字): 年 月 日				
委派单位 (大学) /原科室 (本院) 意见			专业基地意见		
同意我单位 (大学) 住院医师_____退出申请。 联系人: 电话: <div style="text-align: right;">(加盖公章) 年 月 日</div>			专业基地主任签字: <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
规培基地财务管理部门			培训基地 (协同单位) 意见		
该学员已还清经费_____元。 财务管理部门 (加盖公章): 联系人: 电话: <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			部门负责人签字: 分管院长签字: <div style="text-align: right;">培训基地盖章 年 月 日</div>		