附件1

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 | 省卫生人才交流中心审核意见 | 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。

附件2

2024年住院医师规范化培训招录委托培养函

模板（仅供参考）

1. 标题：

XX单位

住院医师规范化培训委托培养函

二、正文内容：

曲靖市妇幼保健院：

兹有某单位职工XXX，性别：X，身份证号：XXXX，于某年某月某日与某单位签订了劳动合同协议，某单位愿意委托曲靖市妇幼保健院对该职工进行住院医师规范培训，培训专业及培训年限以省卫健委公布信息为准，我单位按照《云南省住院医师规范化培训管理办法(试行)》的文件要求，承担委托培养对象培训期间基本工资的发放和社会保险、住房公积金的缴纳。学员培训期间不以任何理由将学员召回本单位工作，待学员培训期满回原单位工作。

联系人：XXX

联系电话：XXXXX

某某单位（原件盖章）

 X年X月X 日