附件2-2

湖南省2016、2017届中医类临床医学专业学位

硕士研究生参加中医住院医师规范化培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | | |  | | 手机 |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | 邮箱 | |  | |
| 学员身份 | | □单位人 □ 社会人 | | | | 拟培训专业（选填代码）：  3500（中医）、3600（中医全科） | | | | |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | | 单位电话 |  | |
| 培训基地：志愿1. 志愿2. 是否服从调剂（ 是、 否 ） | | | | | | | | | | | |
| **学历信息** | | | | | | | | | | | |
| 学历 | 毕业院校 | | 学位类型 | | 专业 | | | 导师姓名 | | 导师所在科室 | 学位证书编号 |
| 硕士 |  | |  | |  | | |  | |  |  |
| 博士 |  | |  | |  | | |  | |  |  |
| 省级卫生计生、教育和中医药行政部门认定的在校期间完成的住院医师规范化培训 月 | | | | | | | | | | | |
| **自愿申请补培训时间：** **月** | | | | | | | | | | | |
| 申请轮转科室1 | | | | | | | 月 | | | | |
| 申请轮转科室2 | | | | | | | 月 | | | | |
| 申请轮转科室3 | | | | | | | 月 | | | | |
| …… | | | | | | | 月 | | | | |
| 合计 | | | | | | | 月 | | | | |
| 申请人签字：  工作单位意见：  负责人签字：  单位盖章  年 月 日 | | | | | | | 市州卫计委/湖南中医药大学审核意见：    盖章  年年 月 日 | | | | |
| 注：1、已在省内各中医住培基地就业并以单位人身份参加培训的学员直接向所属工作单位申请参加培训，经所属单位同意后向同级中医药行政管理部门报送报名资料；  2、未在省内各中医住培基地就业的学员向湖南中医药大学研究生院报名参加培训，研究生院根据全省各基地情况和学员志愿进行调配。 | | | | | | | | | | | |