

辽宁省住院医师规范化培训变动申请表

变动类别：退出 延期 变更专业基地 变更培训身份 其他

培训基地		专业基地	
姓名		身份证号	
进入培训时间	年 月	已轮转时长	个月
变动理由			
申请人签字： 年 月 日			
所在单位意见			
(公章) 审批人签字：年 月 日			
培训基地意见			
(公章) 审批人签字：年 月 日			
培训基地所在市卫生健康委意见			
(公章) 审批人签字：年 月 日			

- 注：1.请明确标示变动类别，并正确填写相关信息；
2.所在单位与培训基地相同时，在培训基地处填写意见；
3.由各单位主管院长以上领导签字，并盖医院公章；
4.退出学员，三年内在全国不能再次报考住院医师规范化培训。