

山东省立医院住院医师规范化培训学员

延期培训申请流程

本单位 住院医师

本人提出书面
申请并填写申
请表

本人所在科室
主任签字

专业基地秘书
签字

专业基地主任
签字

提交医院教育
部审批

外单位 住院医师

本人提出书面
申请并填写申
请表

委培单位行政
部门签字盖章

专业基地秘书
签字

专业基地主任
签字

提交医院教育
部审批

社会化 住院医师

本人提出书面
申请并填写申
请表

专业基地秘书
签字

专业基地主任
签字

提交医院教育
部审批

专硕 研究生

本人提出书面
申请并填写申
请表

所属大学签字
盖章或提供大
学休学证明

本人导师签字

专业基地秘书
签字

专业基地主任
签字

提交医院教育
部审批

山东省立医院住院医师规范化培训学员延期培训申请表

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	
延期时间	年 月 日——年 月 日		共计	月	
延期期间紧急联系人	姓名： 与学员关系： 联系电话：				
延期原因	申请人（签字）： 年 月 日				
委培单位/大学/科室意见			专业基地意见		
同意我单位/大学/科室住院医师_____延期申请。 联系部门： 联系电话： <div style="text-align: right;">(加盖公章) 年 月 日</div>			专业基地秘书签字： <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 专业基地主任签字： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
导师意见			培训基地（教育处）审批		
导师姓名： 联系电话： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			<div style="text-align: right;">培训基地盖章 年 月 日</div>		