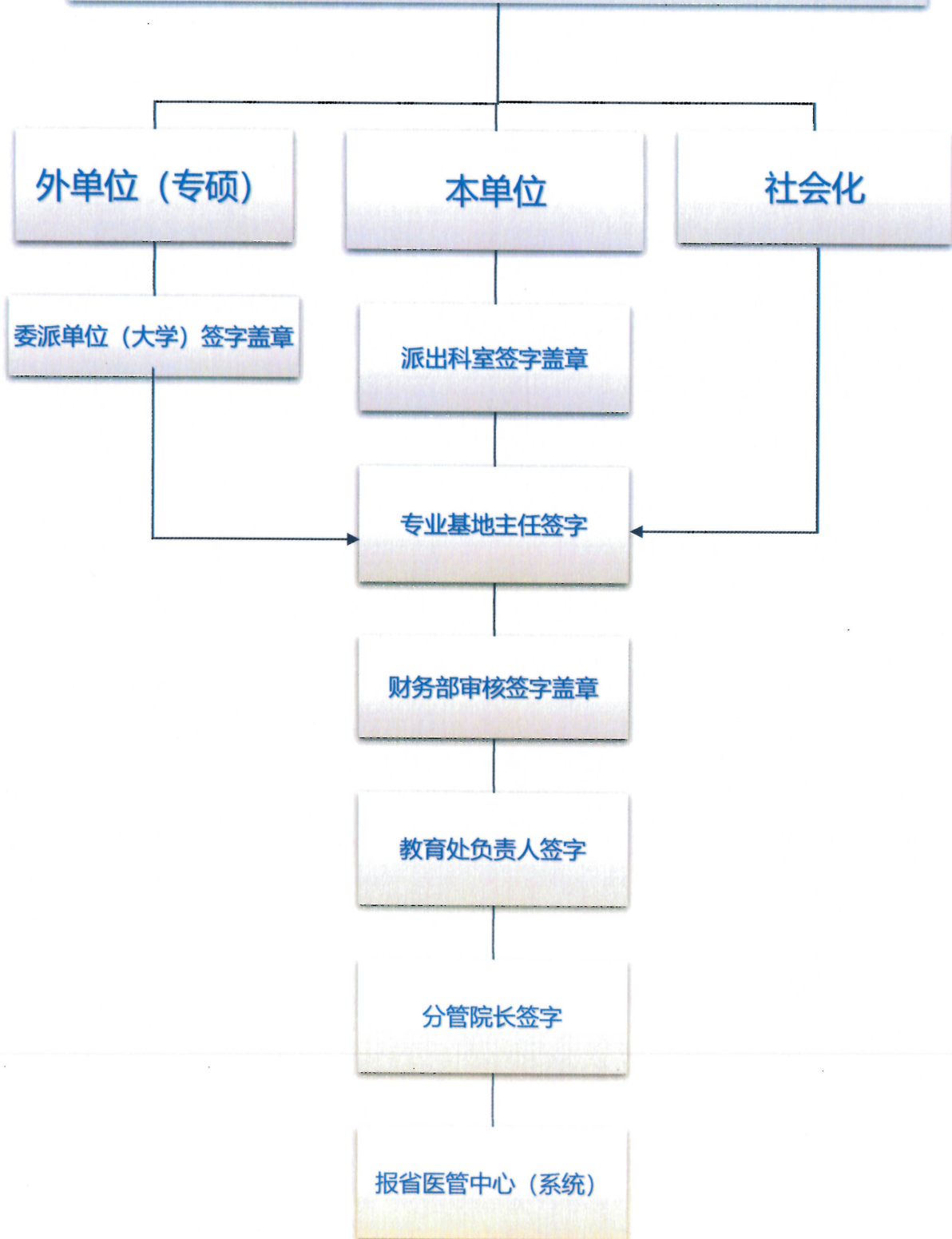


# 住院医师规范化培训学员退出培训申请流程



## 山东省立医院住院医师规范化培训学员退出培训申请表

<b>姓 名</b>		<b>身份证号</b>		<b>电话</b>	
<b>培训专业</b>			<b>培训年级</b>		
<b>培训身份</b>	<input type="checkbox"/> 本单位 <input type="checkbox"/> 外单位 <input type="checkbox"/> 社会化 <input type="checkbox"/> 专硕				
<b>委派单位/大学</b>			<b>入培时间</b>	年 月 日	
<b>已培时间</b>	年 月 日——		年 月 日		<b>共计</b>
<b>每月基地发放补助金额</b>	元	<b>共领补助金额</b>	元	<b>应退经费</b>	元
<b>退出原因</b>	申请人 (签字): _____ 年 月 日				
<b>委派单位 (大学) /原科室 (本院) 意见</b>			<b>专业基地意见</b>		
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>		
<b>规培基地财务管理部门</b>			<b>培训基地 (协同单位) 意见</b>		
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>		