附件2：

华西第二医院规范化培训住院医师缩短培训年限申请表

培训专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 |  | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 学位类别 |  | 毕业学校 |  |  |
| 本科以上学习经历 | 起止时间 | 学校名称 | 获得学历/学位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要工作经历 | 起止时间 | 工作单位名称 | 科室 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申请条件 | 序号 | 申请条件内容 | 是否满足 |
| 1 | 临床医学专业学位硕士或博士学位获得者。 |  |
| 2 | 在读期间临床轮转15个月以上，并按照临床住院医师规范化培训要求经历了在临床一线接触病人、提高临床技能的严格训练，已具备较强的临床工作能力。 |  |
| 3 | 已经取得《医师执业资格证书》。 |  |
| 4 | 《医师执业资格证书》执业专业、研究生所学专业、住院医师规范化培训专业三者专业一致。 |  |
| 5 | 2015年以前入学的在读临床医学硕士专业学位研究生临床经历和培养内容认定函。 |  |
| 申请人承诺：以上所填内容属实，自愿申请。  申请人（签名）： 年 月 日 |
| 申请人所属专业基地审核是否符合申请条件：1、符合（ ）； 2、 不符合（ ） 审核人（签名）： 年 月 日 |
| 申请人所属专业基地审核意见：1、同意缩短培训（ ）。缩短年限（ ）年 2、不同意缩短培训（ ）。 专业基地分管主任（签字）： 专业基地负责人（签字）： 年 月 日 |

备注：申请者请附相应证明材料（复印件）。