全科医生培训学员退出培训申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | 培训类型 | 助理全科医生培训🞎全科医生转岗培训🞎 |
| 身份证号码 |  |
|  **本人已了解相关政策，因个人原因终止培训后再次进入培训不再享受财政补助，已完成培训不予累计。** 本人签字： |
| **申请原因**    本人签字：  年 月 日 |
| **学员所在单位意见**  （公章） 年 月 日 |
| **临床培训单位意见**学员实际培训时间： 年 月 日至 年 月 日补贴发放截止时间： 年 月   （公章） 年 月 日 |

福建省全科医学培训中心印制