附件2

2021年福建省全科转岗培训减免申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 工作单位 |  |
| 现任职称 |  | 所在科室 |  |
| 全科转岗减免情况 |
| 减免内容 | 减免理由（并附相关佐证资料） |
| 理论培训 |  |
| 临床轮转 | 全科医学科 | 内科 | 神经内科 | 儿科 | 急诊科 | 外科 | 妇科 | 皮肤科、精神科 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基层实践 |  |
| 临床培训基地医院意见 | 单位（公章）　　年　月　日 |
| 省全科医学培训中心意见 | 单位（公章）　　年　月　日 |