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 | | | | | | | | | | | | |