

陕西省住院医师规范化培训学员退出申请表

姓名		性别		身份证号					
联系电话				规培专业			规培基地		
派出单位			入培时间	年 月		培训年限	(例: 3年)		
已培时间	年 月 日		—		年 月 日		共 计	天	
每月基地发 放补助金额	元		共领补助 金额	元		应退经费	元		
退出原因	申请人(签字): 年 月 日								
委派单位意见					县卫生计生局意见				
同意我单位住院医师_____退出申请。 委派单位(加盖公章): 联系人: 电话: 年 月 日					同意我县住院医师退出申请。 县卫生计生局(加盖公章): 联系人: 电话: 年 月 日				
市卫生计生局意见					规培基地(协同单位)财务管理部门				
同意我市住院医师退出申请。 市卫生计生局(委员会)(加盖公章): 联系人: 电话: 年 月 日					该学员_____已还清经费_____元。 财务管理部门(加盖公章): 联系人: 电话: 年 月 日				
培训基地(协同单位)意见					省规培管理办公室意见				
同意我院住院医师_____退出申请。 培训基地(加盖公章): 培训基地负责人: 年 月 日					省规培管理办公室(加盖公章): 年 月 日				

备注: 本表一式两份, 规培基地(协同单位)、省规培管理办公室各留一份。