|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 中医住院医师规范化培训转基地申请表 | | | | |
| **姓名** |  | **工作单位** |  | 照片 |
| **性别** |  | **有无执业医师证** |  |
| **身份证号** |  | **原规培基地单位** |  |
| **所学专业** |  | **规培时间** |  |
| **联系电话** |  | **转规培基地单位** |  |
| **申请转基地原因** |  | | | |
| **原规培基地意见：（请另附同意函）** | | | | |
| 规培负责人签字： （单位盖章） 年 月 日 | | | | |
| **接收规培基地意见：（请另附同意函）** | | | | |
| 规培负责人签字： （单位盖章） 年 月 日 | | | | |
| **四川省中医毕业后教育委员会办公室意见：** | | | | |
| 负责人签字： （盖章） 年 月 日 | | | | |
| 注：此表一式4份，由原规培基地和接收基地盖章同意后,原基地、接受基地、学员各留存一份。并交四川省中医毕业后教育委员会办公室一份。  中医毕教委地址：成都中医药大学附属医院行政楼 继续教育部 电话：87783671 | | | | |