|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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：（请另附附件1）** | | | | |
| 规培负责人签字： （单位盖章） 年 月 日 | | | | |
| **接收规培基地意见：（请另附附件2）** | | | | |
| 规培负责人签字： （单位盖章） 年 月 日 | | | | |
| **四川省中医药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3份，学员留存一份，基地留存一份，并交四川省中医药毕业后教育委员会办公室一份，地址：四川省中医药发展服务中心（成都市锦江区永兴巷15号2号楼605）， 电话：028-86203241。 | | | | |