附件

广西中医药大学附属瑞康医院
中医住院/全科医师规范化培训减免培训时间申请表

姓名		性别		出生年月	
身份证号码			联系电话		
最高学历	□研究生 □博士生		最高学位		□硕士 □博士
毕业院校			毕业时间		
毕业专业			申请减免时长		
既往轮科单位			轮科年限		
执业医师资格证取得时间			执业医师资格证书编号		
减免理由					
个人承诺	本人承诺所填报上述材料真实有效。如有弄虚作假，愿接受相关政策规定处理。 本人签名：　　年　月　日				
住培基地意见					

注：本表一式叁份，派出单位、培训基地、自治区中医药管理局各存一份。

广西中医药大学附属瑞康医院院长办公室　　2021 年 8 月 20 日印发