

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室文件

渝卫住培办发〔2019〕1号

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室 关于修订重庆市住院医师规范化培训有关申请表 并下发专科医师规范化培训及助理全科医生 培训有关申请表的通知

各住院医师规范化培训基地：

现将重庆市住院医师、专科医师规范化培训及助理全科医生培训有关申请表模板下发给你们，请遵照执行。

一、申请表格

（一）《重庆市住院医师规范化培训学员变更培训基地与培训专业申请表》（附件1）。

(二)《重庆市住院医师规范化培训学员暂停培训申请表》(附件2)。

(三)《重庆市住院医师规范化培训学员退出培训申请表》(附件3)。

(四)《重庆市住院医师规范化培训学员身份变更申请表》(附件4)。

(五)《重庆市专科医师规范化培训学员变更培训基地与培训专业申请表》(附件5)。

(六)《重庆市专科医师规范化培训学员暂停培训申请表》(附件6)。

(七)《重庆市专科医师规范化培训学员退出培训申请表》(附件7)。

(八)《重庆市专科医师规范化培训学员身份变更申请表》(附件8)。

(九)《重庆市助理全科医生培训学员变更培训基地与培训专业申请表》(附件9)。

(十)《重庆市助理全科医生培训学员暂停培训申请表》(附件10)。

(十一)《重庆市助理全科医生培训学员退出培训申请表》(附件11)。

(十二)《重庆市助理全科医生培训学员身份变更申请表》(附件12)。

(十三)《重庆市住院医师规范化培训、专科医师规范化培训及助理全科医生培训学员休假申请表》(附件13)。

二、使用要求

(一)申请变更基地或专业的,应根据实际情况填写《重庆市住院医师规范化培训学员变更培训基地与培训专业申请表》《重庆市专科医师规范化培训学员变更培训基地与培训专业申请表》《重庆市助理全科医生培训学员变更培训基地与培训专业申请表》,并按表格要求进行审批。申请变更培训专业的,培训基地应组织3名以上专家对学员进行考核评估,重新确定其轮转计划,并将经专家签字确认的评估结果及新的轮转计划作为佐证材料同时报批。

(二)学员因病或其他个人原因,需暂停培训3个月及以上、1年及以下的,应根据实际情况填写《重庆市住院医师规范化培训学员暂停培训申请表》《重庆市专科医师规范化培训学员暂停培训申请表》《重庆市助理全科医生培训学员暂停培训申请表》,并附详细的暂停培训情况说明。因病暂停培训的,还须提供三级甲等医院(非本培训基地)的诊断证明。暂停培训期间,保留其在培学员身份,停发各项补助。每次申请暂停培训时间不超过1年,申请不得超过2次,且累计时间不超过1年。暂停培训不超

过3个月的，应填写《重庆市住院医师规范化培训、专科医师规范化培训及助理全科医生培训学员休假申请表》，并报住培事务办备案。

（三）学员退出培训，应根据实际情况填写《重庆市住院医师规范化培训学员退出培训申请表》《重庆市专科医师规范化培训学员退出培训申请表》《重庆市助理全科医生培训学员退出培训申请表》，向培训基地退回中央及市级财政补助资金，由培训基地开具退款证明，并将退款证明作为佐证材料同时报批。培训基地补助的退还按照各基地有关规定执行。

（四）学员因公招、辞职导致身份变化的，应根据实际情况填写《重庆市住院医师规范化培训学员身份变更申请表》《重庆市专科医师规范化培训学员身份变更申请表》《重庆市助理全科医生培训学员身份变更申请表》。

三、注意事项

（一）本文件自印发之日起生效。

（二）学员在办理各类申请时，应将相应的佐证材料作为附件同时提交审批。

（三）所有申请生效时间以市卫生健康委审批盖章时间为准，在此之前学员仍由原培训基地负责管理。

（四）如未完成相关审批程序擅自退出或变更，学员应承担培训协议（合同）上规定的违约责任。

(五) 审批结束后, 各培训基地需按要求及时对学员信息管理系统内的注册信息进行变更, 如未及时变更导致的后果由基地和学员自行承担。

市住培事务办联系人: 李亚迪

联系电话: 023-63621100

地址: 重庆市江北建新东路 3 号附 1 号百业兴大厦 1017 室

- 附件: 1. 《重庆市住院医师规范化培训学员变更培训基地与培训专业申请表》
2. 《重庆市住院医师规范化培训学员暂停培训申请表》
3. 《重庆市住院医师规范化培训学员退出培训申请表》
4. 《重庆市住院医师规范化培训学员身份变更申请表》
5. 《重庆市专科医师规范化培训学员变更培训基地与培训专业申请表》
6. 《重庆市专科医师规范化培训学员暂停培训申请表》
7. 《重庆市专科医师规范化培训学员退出培训申请表》

- 8.《重庆市专科医师规范化培训学员身份变更申请表》
- 9.《重庆市助理全科医生培训学员变更培训基地与培训专业申请表》
- 10.《重庆市助理全科医生培训学员暂停培训申请表》
- 11.《重庆市助理全科医生培训学员退出培训申请表》
- 12.《重庆市助理全科医生培训学员身份变更申请表》
- 13.《重庆市住院医师规范化培训、专科医师规范化培训及助理全科医生培训学员休假申请表》

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室

2019年1月16日

事务管理办公室

附件 1

重庆市住院医师规范化培训 学员变更培训基地与培训专业申请表

姓 名		性 别		身份证号	
最高学历		联系方式			
身份类别 (√)	单位人 () / 社会人 () / 订单定向生 () / 并轨研究生 ()				
委派单位 与联系方式					
原培训时间	年 月 日 至		年 月 日		
变更后培训时间	年 月 日 至		年 月 日		
原培训基地		联系人及电话			
变更后培训基地		联系人及电话			
原培训专业		变更后培训专业			
变更原因:					
申请人签名: 年 月 日					
原培训基地意见:			变更后培训基地意见:		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
委派单位意见:			主基地意见:		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
市卫生健康委意见:					
(单位盖章) 年 月 日					

注：变更培训学科可能会影响结业考核时间，请谨慎考虑。本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 2

重庆市住院医师规范化培训 学员暂停培训申请表

姓 名		性 别		原培训时间	年 月 日至 年 月 日
身份证号			暂停培训 时间	年 月 日至 年 月 日	
最高学历			联系方式		
身份类别(√)	单位人 () / 社会人 () / 订单定向生 () / 并轨研究生 ()				
委派单位 与联系方式					
培训基地			培训基地 联系方式		
暂停培训原因：					
选送单位意见（社会人不填写）：			培训基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
主基地意见：					
(单位盖章) 年 月 日					
市卫生健康委意见：					
(盖 章) 年 月 日					

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 3

重庆市住院医师规范化培训 学员退出培训申请表

姓 名		性 别		原培训时间	年 月 日至 年 月 日
学员编号		身份证号			
最高学历		联系方式			
身份类别(√)	单位人()/社会人()/订单定向生()/并轨研究生()				
委派单位与 联系方式					
培训基地		培训基地 联系方式			
退出培训原因:					
<p>我已知晓：《重庆市住院医师规范化培训招收管理办法》文件规定：“对录取后无故不报到或报到后无故自行退出等情节严重者，3年内不得报名参加住院医师规范化培训。”（请抄写）</p> <p style="text-align: right;">申请人签名： 年 月 日</p>			派送单位意见（社会人不填写）：		
			（单位盖章） 年 月 日		
			培训基地意见：		
			（单位盖章） 年 月 日		
			主基地意见：		
			（单位盖章） 年 月 日		
市卫生健康委意见：					
（盖 章） 年 月 日					

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 4

重庆市住院医师规范化培训 学员身份变更申请表

姓名		性别		身份证号	
原培训时间	年 月 日至 年 月 日		联系方式		
单位人转社会人			选派单位联系人 与联系方式		
社会人转单位人			选派单位联系人 与联系方式		
原培训基地			联系人及电话		
变更后培训基地			联系人及电话		
变更原因：					
申请人签名： 年 月 日					
原培训基地意见：			变更后培训基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
委派单位意见：			主基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
市卫生健康委意见：					
(单位盖章) 年 月 日					

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。审批结束后，须持本表前往住培事务办办理相关手续。联系电话：023-63621100。

附件 5

重庆市专科医师规范化培训 学员变更培训基地与培训专业申请表

姓 名		性 别		身份证号	
最高学历		联系方式			
身份类别 (√)	单位人 () / 社会人 () / 订单定向生 () / 并轨研究生 ()				
委派单位 与联系方式					
原培训时间	年 月 日至 年 月 日				
变更后培训时间	年 月 日至 年 月 日				
原培训基地		联系人及电话			
变更后培训基地		联系人及电话			
原培训专业		变更后培训专业			
变更原因：					
					申请人签名： 年 月 日
原培训基地意见：			变更后培训基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
委派单位意见：					
					(单位盖章) 年 月 日
市卫生健康委意见：					
					(单位盖章) 年 月 日

注：变更培训学科可能会影响结业考核时间，请谨慎考虑。本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 6

重庆市专科医师规范化培训 学员暂停培训申请表

姓 名		性 别		原培训时间	年 月 日至 年 月 日
身份证号			暂停培训 时间	年 月 日至 年 月 日	
最高学历			联系方式		
身份类别(√)	单位人 () / 社会人 () / 订单定向生 () / 并轨研究生 ()				
委派单位 与联系方式					
培训基地			培训基地 联系方式		
暂停培训原因:					
选送单位意见 (社会人不填写):			培训基地意见:		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
主基地意见:					
(单位盖章) 年 月 日					
市卫生健康委意见:					
(盖 章) 年 月 日					

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 7

重庆市专科医师规范化培训 学员退出培训申请表

姓 名		性 别		原培训时间	年 月 日至 年 月 日
学员编号			身份证号		
最高学历			联系方式		
身份类别 (√)	单位人 () / 社会人 () / 订单定向生 () / 并轨研究生 ()				
委派单位与 联系方式					
培训基地			培训基地 联系方式		
退出培训原因:					
退培原因:			派送单位意见 (社会人不填写):		
			(单位盖章) 年 月 日		
			培训基地意见:		
申请人签名: 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
			主基地意见:		
			(单位盖章) 年 月 日		
市卫生健康委意见:					
					(盖 章) 年 月 日

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 8

重庆市专科医师规范化培训 学员身份变更申请表

姓 名		性 别		身份证号	
原培训时间	年 月 日至 年 月 日	联系方式			
单位人转社会人		选派单位联系人 与联系方式			
社会人转单位人		选派单位联系人 与联系方式			
原培训基地		联系人及电话			
变更后培训基地		联系人及电话			
变更原因： <div style="text-align: right;"> 申请人签名： 年 月 日 </div>					
原培训基地意见：			变更后培训基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
委派单位意见：			主基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
市卫生健康委意见：					
(单位盖章) 年 月 日					

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。审批结束后，须持本表前往住培事务办办理相关手续。联系电话：023-63621100。

附件 9

重庆市助理全科医生培训 学员变更培训基地与培训专业申请表

姓 名		性 别		身份证号	
最高学历		联系方式			
身份类别 (√)	单位人 () / 社会人 ()				
委派单位 与联系方式					
原培训时间	年 月 日至		年 月 日		
变更后培训时间	年 月 日至		年 月 日		
原培训基地		联系人及电话			
变更后培训基地		联系人及电话			
原培训专业		变更后培训专业			
变更原因： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 申请人签名： 年 月 日 </div>					
原培训基地意见： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> (单位盖章) 年 月 日 </div>			变更后培训基地意见： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> (单位盖章) 年 月 日 </div>		
委派单位意见 (社会人不填写)： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> (单位盖章) 年 月 日 </div>					
市卫生健康委意见： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> (单位盖章) 年 月 日 </div>					

注：变更培训学科可能会影响结业考核时间，请谨慎考虑。本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 10

重庆市助理全科医生培训 学员暂停培训申请表

姓 名		性 别		原培训时间	年 月 日至 年 月 日
身份证号			暂停培训 时间	年 月 日至 年 月 日	
最高学历			联系方式		
身份类别(√)	单位人 () / 社会人 ()				
委派单位 与联系方式					
培训基地			培训基地 联系方式		
暂停培训原因：					
委派单位意见（社会人不填写）：			培训基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
市卫生健康委意见：					
(盖 章) 年 月 日					

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 11

重庆市助理全科医生培训 学员退出培训申请表

姓 名		性 别		原培训时间	年 月 日至 年 月 日
学员编号		身份证号			
最高学历		联系方式			
身份类别 (√)	单位人 () / 社会人 ()				
委派单位 与联系方式					
培训基地		培训基地 联系方式			
退出培训原因：					
退培原因：			委派单位意见（社会人不填写）：		
			(单位盖章) 年 月 日		
申请人签名： 年 月 日			培训基地意见：		
			(单位盖章) 年 月 日		
市卫生健康委意见：					
(盖 章) 年 月 日					

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

附件 12

重庆市助理全科医生培训 学员身份变更申请表

姓 名		性 别		身份证号	
原培训时间	年 月 日至 年 月 日		联系方式		
单位人转社会人			选派单位联系人 与联系方式		
社会人转单位人			选派单位联系人 与联系方式		
原培训基地			联系人及电话		
变更后培训基地			联系人及电话		
变更原因：					
					申请人签名： 年 月 日
原培训基地意见：			变更后培训基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
委派单位意见（社会人不填写）：					
					(单位盖章) 年 月 日
市卫生健康委意见：					
					(单位盖章) 年 月 日

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。审批结束后，须持本表前往住培事务办办理相关手续。联系电话：023-63621100。

附件 13

重庆市住院医师规范化培训、专科医师规范化 培训及助理全科医生培训学员休假申请表

姓 名		性 别		培 训 时 间	年 月 日至 年 月 日
身份证号		请假时间		年 月 日至 年 月 日， 共计 天	
最高学历		联系方式			
培训类别(√)	住院医师规范化培训 () / 专科医师规范化培训 () / 助理全科医生培训 ()				
身份类别(√)	单位人 () / 社会人 () / 订单定向生 () / 并轨研究生 ()				
委派单位 与联系方式					
培训基地		培训基地联 系方式			
请假事由：					
委派单位意见（社会人不填写）：			培训基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		

注：本表一式四份，本人、委派基地、培训基地、住培护培事务办各留存一份。

