附件2

**全科医生转岗培训班学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | | | 照片 | | |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 |  | | | |
| 学 历 |  | | 学 位 |  | | | |
| 毕业院校 |  | | 所学专业 |  | | | |
| 执业范围 |  | | 职 称 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | 工作科室 | | | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 手机 | | |  | | |
| 从事临床工作时间（年） |  | | | 从事全科医疗工作时间（年） | | | |  | | |
| 在二级以上综合医院工作情况 □有 □无 | | | | | | | | | | |
| 医院名称： | | 工作年限：  年 月至 年 月 | | | | 所在科室： | | | | 职称： |
| 在基层医疗机构工作情况 □有 □无 | | | | | | | | | | |
| 机构名称： | | 工作时间：  年 月至 年 月 | | | | | 工作科室： | | 职称： | |
| 本人申请  减免情况 | * 减免理论培训模块 全科师资证书取得时间   全科师资证书编号 | | | | | | | | | |
| * 全部减免 □ 部分减免临床轮转模块 | | | | | | | | | |
| * 减免基层实践模块 | | | | | | | | | |
| 科 室  意 见 | 科主任签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 医 务 科  意 见 | 签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |