**江苏省住院医师培训专业变更申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 一、学员基本信息 | | | |
| 姓名： |  | 身份证号码： |  |
| 培训级别： |  | 培训基地： |  |
| 现培训专业： |  | 已培训时长： | 个月 |
| 变更后培训专业： |  | | |
| 二、变更原因    申请学员签字：  年 月 日 | | | |
| 三、培训基地意见（学员变更专业，将作为培训基地不良信息记录在案）  （全科、儿科、精神等紧缺专业变更为其他专业，请严控）  **（请仔细对照变更前后专业培训标准，科学合理确定该学员培训级别，若涉及培训级别延后，请及时联系省管部门或技术支持）**  **同意该学员从 专业变更为 专业。**  **是□ 否□ 延期该学员结业考试年份? 若延期,结业考核年份为 年。**    培训机构管理部门负责人：  联系电话： （部门公章）  年 月 日 | | | |

说明：该申请表格由学员下载打印，完成1-2程序后，递交培训基地。培训基地签署意见后将此申请表格交由学员扫描上传（扫描上传可使用全能扫描王，确保上传文件的清晰度）省平台并审核学员变更信息。

培训基地意见为国家级培训基地意见（国家级基地在出具意见前征求协同医院意见）