附件2

山西省2025年度住院医师规范化培训和

助理全科医生培训调剂确认书

本人姓名 （身份证号： ），系报考山西省2025年度住院医师规范化培训和助理全科医生培训的学员（学员编号 ，），现自愿申请调剂至 医院 专业（代码： ）参加住院医师规范化培训，如违约愿意承担由此引起的相关责任。

特此保证！

 本人亲笔签名：

 年 月 日

**培训基地意见**

经统一笔试后，按照成绩同意录取至 专业（代码： ）。

负责人签字：

培训基地（盖章）：

 年 月 日

**说明：本调剂确认书待基地对调剂学员完成统一笔试，和培训学员达成调剂意向后签署，由培训基地保存。**