

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申请表

学员编号		姓名			
性别		政治面貌			
出生年月		身份证号			
民族		英语水平			
毕业院校					
最高学历		学制		学历证书号	
最高学位		学位类型		学位证书号	
手机		紧急联系人电话		邮箱	
通讯地址				邮编	
是否执业医师		专业		类别	医师资格证书号
志愿报考情况					
志愿	报考培训基地		报考培训专业		考试成绩
第一志愿					
第二志愿					
申请调剂基地		申请调剂专业		申请调剂专业代码	
申请人签字： 委派单位意见： 负责人签字： 盖章 年 月 日			培训基地意见： 同意录取，纳入培训年限第 年（ <input type="checkbox"/> 直接参加考试） 负责人签字： 盖章 年 月 日		
审核单位意见： 人员信息审核： 培训年限审核： 年 月 日					
正式录取培训基地名称：_____					
培训基地联系人：_____				联系电话：_____	
委派单位单位联系人：_____				联系电话：_____	