

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〔2022〕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、助理 全科医生培训、专科医师规范化培训 有关申请表的通知

各住院医师规范化培训基地、助理全科医生培训基地、专科医师规范化培训基地：

我办现将修订后的重庆市住院医师规范化培训、助理全科医生培训、专科医师规范化培训有关申请表模板下发给你们，请认真组织本基地学员学习，并严格遵照使用要求执行。

一、申请表格

（一）《变更培训基地与培训专业申请表》（附件1）。

(二) 《暂停培训申请表》(附件2)。

(三) 《休假申请表》(附件3)。

(四) 《退出培训申请表》(附件4)。

(五) 《身份变更申请表》(附件5)。

(六) 《临时调动档案申请表》(附件6)。

二、使用要求

(一) 变更培训基地或培训专业

学员在培训期间申请变更培训基地或培训专业,原则上须满足下列条件之一:

1. 由于公招、工作单位变动等原因需变更培训基地的;
2. 申请变更为紧缺专业的;
3. 其他确需变更的情况。

符合变更条件的,可根据实际情况填写《变更培训基地与培训专业申请表》,并按表格要求进行审批。申请变更为紧缺专业的学员,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) 暂停培训

1. 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《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。

2. 学员因病或其他个人原因，暂停培训不超过3个月的，应填写《休假申请表》，并报我办备案。

（三）退出培训

1. 学员自愿退出培训，应根据实际情况填写《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。

2. 学员因违纪违规，被培训基地要求退出培训的，不需填写《退出培训申请表》，由培训基地出具情况说明，报我办备案。违约责任按签订的培训合同和培训基地相关规定执行，中央及市级财政补助资金的退回由培训基地督促落实。

（四）身份变更

学员因公招、辞职等情况导致身份变化的，应根据实际情况填写《身份变更申请表》。

（五）临时调档

学员因公招政审需要临时调动档案的，应根据实际情况填写《临时调动档案申请表》，审批时需出具调档函及学员身份证复印件。如政审通过，则在临时调档期内完善身份变更手续，按要求上报审批；如政审不通过，则在临时调档期内将档案退回重庆市卫生人才交流中心。

三、注意事项

(一) 本文件自下发之日起生效。

(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最终审批部门盖章时间为准,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。

市住培办联系人: 郭廷军 联系电话: 023-63621100

地址: 重庆市江北区建新东路3号附1号百业兴大厦22楼
2211室

- 附件: 1. 《变更培训基地与培训专业申请表》
2. 《暂停培训申请表》
3. 《休假申请表》
4. 《退出培训申请表》
5. 《身份变更申请表》
6. 《临时调动档案申请表》

(此页无正文)

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室

2022年1月13日

事务管理办公室



附件 1

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 ()				
培训类别 (√)	住院医师规范化培训 () / 助理全科医生培训 () / 专科医师规范化培训 ()				
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
委派单位意见（社会人不填写）：			原培训基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
变更后培训基地意见：			主基地意见：		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
重庆市卫生健康委意见：					
					(单位盖章) 年 月 日

注：变更培训专业可能会影响结业考核时间，请谨慎考虑。本表一式四份，本人、委派单位、培训基地、重庆市住培办各留存一份。

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室 制

附件 2

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 ()				
培训类别(√)	住院医师规范化培训 () / 助理全科医生培训 () / 专科医师规范化培训 ()				
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		
主基地意见:					
(单位盖章) 年 月 日					
重庆市卫生健康委意见:					
(盖 章) 年 月 日					

注：本表一式四份，本人、委派单位、培训基地、重庆市住培办各留存一份。

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室 制

附件 3

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			
身份类别(√)	单位人 () / 社会人 () / 订单定向生 () / 并轨研究生 ()				
培训类别(√)	住院医师规范化培训 () / 助理全科医生培训 () / 专科医师规范化培训 ()				
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、委派单位、培训基地、重庆市住培办各留存一份。

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室 制

附件 4

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()				
培训类别(√)	住院医师规范化培训()/助理全科医生培训()/专科医师规范化培训()				
培训基地			培训基地 联系方式		
退出培训原因：					
我已知晓：重庆市住院医师规范化培训（助理全科医生培训）相关文件规定：“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（2年）内不得报名参加住院医师规范化培训（助理全科医生培训）。”（ 请抄写 ） 申请人签名： 年 月 日			委派单位意见（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		
重庆市卫生健康委意见：					
					(盖章) 年 月 日

注：退出培训可能会影响再次参加培训，请谨慎考虑。本表一式四份，本人、委派单位、培训基地、重庆市住培办各留存一份。

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室 制

附件 5

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		
培训类别 (√)	住院医师规范化培训 () / 助理全科医生培训 () / 专科医师规范化培训 ()				
单位人转社会人			委派单位联系人 与联系方式		
社会人转单位人			委派单位联系人 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
委派单位意见:			原培训基地意见:		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
变更后培训基地意见:			主基地意见:		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
重庆市卫生健康委意见:					
					(单位盖章) 年 月 日

注：本表一式四份，本人、委派单位、培训基地、重庆市住培办各留存一份。审批结束后，须持本表前往重庆市住培办办理相关手续。联系电话：023-63621100。

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室 制

附件 6

临时调动档案申请表

姓 名		性 别		身份证号	
最高学历		联系方式			
培训基地		培训基地 联系方式			
培训类别(√)	住院医师规范化培训()/助理全科医生培训()/专科医师规范化 培训()				
临时调档期限	年 月 日至 年 月 日				
调档单位及 联系方式					
调档事由:					
培训基地意见:			主基地意见:		
(单位盖章) 年 月 日			(单位盖章) 年 月 日		
重庆市住培办意见:					
(单位盖章) 年 月 日					

注：本表使用对象仅为公招政审学员，临时调档期限原则上不超过一个月。此表一式四份，本人、调档单位、培训基地、重庆市住培办各留存一份。

重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室 制

