**2019年山西省中医住院医师规范化培训基地拟报考学员信息汇总表**

**培训基地医院：（盖章） 报考总人数 人**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 委培单位 | 报考专业 | 是否符合报考条件 | 申请培训时间（年） | 是否申请减免年限 | 申请减免年限（年） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

基地填表人： 电话： 基地负责人： 电话：

填报时间： 年 月 日

注：1.此表需同时上报Excel格式的电子版。

2.未申请减免培训年限的填“0”。