**附件2：**

**医学专业学位硕士（博士）研究生在读期间临床经历、培养内容书面证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 入学时间 |  | 身份证号 |  |
| 就读院校 |  | 学习专业 |  |
| 申请认定住院医师规培专业 |  |
| 临床培养医院 |  |
| 个人申请 | 本人申请将在读期间完成的临床经历、培养内容计入今后接受住院医师规范化培训的时间及内容。郑重承诺提交的临床轮转材料真实可靠，绝无弄虚作假。申请人（签字）：:年 月 日 |
| 请按照国家《中医住院医师规范化培训标准（试行）》中各住培学科临床轮科要求填写（可增加行） |
| 培训时间 | 轮转科室 | 出科考核是否合格 | 培训时间 | 轮转科室 | 出科考核是否合格 |
| 年 月至 年 月 |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |
| 轮转时间合计 | 月 |
| 跟师学习情况 | 符合跟师时间要求的周数 周 |
| 培养医院意见 | 以上培训经历属实，认定该研究生住院医师规范化培训已完成： 月。培养医院主要负责人（签字）:培养医院（盖章）：：年 月 日 |
| 高等院校审核意见 | 经审核，该研究生住院医师规范化培训的临床经历、培养内容属实。可计入今后接受住院医师规范化培训时间和内容，共计 个月。 高等院校（盖章）：： 年 月 日 |
| 省级行政部门意见 | 同 意省卫生健康委员会（盖章）年 月 日 |

**附件3：**

同意送培证明

现有我单位 年招录人员姓名： ，性别： ，出生年月： ，毕业学校： ，学位： ，专业： 。根据国家住院医师规范化培训政策要求，同意其报名参加中医住院（全科）医师规范化培训基地： 的培训，规培时限 年，时间从 年 月起至 年 月止。

 我单位承诺培训期间派出培训人员和我单位的原有工资关系不变，保证其享受基础性工资及其它国家规定的相关待遇，但不包含奖励性绩效；保证为其购买五险一金等社会保险，让其享受国家相关福利待遇；设专门人员定期向贵基地了解学员培训期间的学习和生活，积极协助解决其遇到的困难和问题。培训结束我单位派出人员必须及时返院工作，规培基地不得以任何理由留用。

特此证明！

单位相关部门联系人：

联系电话：

单位名称（公章）：

单位负责人（签名））：

年 月 日