附件2

申请

住培办公室：

山东第二医科大学附属医院 院区　 　科室2024年度拟派送住院医师姓名： ，入职时间： ，最高学历： ，身份证号： ，报考专业： （需与现从事岗位专业一致），参加我院为期3年的住院医师规范化培训。培训期间严格执行轮转计划，遵守住院医师规范化培训相关政策、制度。

 申请科室：

 科室主任：

 年 月 日