

云南省医学毕业后教育委员会办公室关于进一步规范 住院医师规范化培训调整和终止培训申请审批工作的 通知

各住院医师规范化培训基地、相关医学院校：

为进一步规范我省住院医师规范化培训（助理全科医生培训）管理工作，明确培养过程中有关调整、终止培训的申请和审批工作，经研究，现将有关要求通知如下：

一、招录工作结束、已经签订培训协议进入专业基地开始培训的学员，原则上不允许调整培训基地医院和培训专业。确有特殊情况需要调整的，由学员填写《云南省住院医师规范化培训调整培训申请表》，写明申请调整原因，经所在现专业基地、现基地医院（专硕衔接学员需研究生管理部门）、拟调整专业基地、拟调整基地医院（专硕衔接学员需研究生管理部门）逐级签署意见、加盖公章，并报省医师协会审核，省毕教办审批。

二、培训学员由于自身原因、严重违反培训纪律和违规等原因需要退出培训，由学员本人或基地医院填写《云南省住院医师规范化培训终止培训申请表》，写明申请终止培训的理由（单位委派培训对象需经委派单位同意），由所在专业基地、培训基地医院（住培研究生需研究生管理部门）签署意见、加盖公章，并报省医师协会审核，省毕教办审批。

三、申请调整专业的，现专业基地需将申请学员现专业轮转完成情况在意见栏里填写清楚；拟调整专业基地需对申请学员已培训的时间进行认定，明确签署是否符合拟调整专业的培训大纲和轮转时间的要求、是否需要延期培训及延期时间。拟调整培训基地医院（专硕衔接学员需研究生管理部门）对上述内容进行审核确认，提出是否同意的明确意见、告知申请人延期期间无财政补助经费记录等内容。

省医师协会收到申请后应先对以上内容进行审核，对填写规范、内容完整、意见明确的，根据申请学员的实际情况，在审核意见栏内填写是否同意调整的意见及需要补充说明的相关内容，报省毕教办审批。

四、申请终止培训的，培训基地医院需将是否同意终止培训、申请终止学员是否退还已享受的相关费用和上缴违约金的情况在意见栏里填写清楚，收据复印件附在申请表后，并将告知申请人终止培训后果的情况记录在意见栏里。

省医师协会收到申请后应先对以上内容进行审核，对填写规范、内容完整、意见明确的，根据申请学员的实际情况，在审核意见栏内填写是否同意终止培训的意见及需要补充说明的相关内容，报省毕教办审批。

五、省毕教办收到申请材料后，先对上述申请内容进行审核。申请内容符合要求的给予审批，申请内容不符合要求的，责令退回相应单位进行补充完善后再予审批。因相关单

位不按要求进行审核上报造成不能及时审批等相应后果，由相关单位承担。

附件：申请审批模版

云南省医学毕业后教育委员会办公室

2016年12月9日



(调整专业无需延期模版)

[illegible]

现专业基地 意见	同意。张三学员已轮转 3 个月，分别在呼吸内科轮转 2 个月，心内科轮转 1 个月。 基地负责人签章： 年 月 日
现基地医院 意见	同意。张三学员已在我基地轮转 3 个月，分别在呼吸内科轮转 2 个月，心内科轮转 1 个月。轮转期间，各项考核合格。 负责人签章： 年 月 日
拟调整专业基地 意见	同意。张三学员在之前呼吸内科轮转 2 月，心内科轮转 1 个月的轮转符合拟调整专业的轮转计划。 基地负责人签章： 年 月 日
拟调整基地医院 意见	同意调整，已轮转的 3 个月符合拟调整专业的轮转计划，拟予以认可，调整后无需延期。 负责人签章： 年 月 日
研究生管理部门 意见	 负责人签章： 年 月 日
派出单位所属卫生计生行政部门 或研究生所属院校意见	同意调整。 负责人签章： 年 月 日
省医师协会 意见	同意基地意见。调整后无需延期。 负责人签章： 年 月 日
省毕教办意见	同意调整专业，已培训 3 月予以认可，调整后无需延期。 负责人签章： 年 月 日

注：1. 本表（双面打印）一式伍份，派出单位、调整前后培训基地、省医师协会、省毕教办各存一份。

2. 住培研究生需同时由基地研究生管理部门和所属院校管理部门签字盖章。

(调整专业需要延期模版)

[illegible]

现专业基地 意见	同意。张三学员已轮转 3 个月，分别在呼吸内科轮转 2 个月，心内科轮转 1 个月。 基地负责人签章： 年 月 日
现基地医院 意见	同意。张三学员已在我基地轮转 3 个月，分别在呼吸内科轮转 2 个月，心内科轮转 1 个月。轮转期间，各项考核合格。 负责人签章： 年 月 日
拟调整专业基地 意见	同意。张三学员在之前呼吸内科轮转 2 月，心内科轮转 1 个月的轮转不符合拟调整专业的轮转计划。 基地负责人签章： 年 月 日
拟调整基地医院 意见	同意调整，已轮转的时间不符合拟调整专业轮转计划，调整后需延长 3 个月培训时间。已告知申请人延期期间无财政补助。 负责人签章： 年 月 日
研究生管理部门 意见	负责人签章： 年 月 日
派出单位所属卫 生计生行政部门 或研究生所属院 校意见	同意调整。 负责人签章： 年 月 日
省医师协会 意见	同意基地意见。调整后延期 3 个月。 负责人签章： 年 月 日
省毕教办意见	同意调整专业，已培训时间不予认可，延长培训 3 个月，延长培训期间无财政补助。 负责人签章： 年 月 日

注：1. 本表（双面打印）一式伍份，派出单位、调整前后培训基地、省医师协会、省毕教办各存一份。

2. 住培研究生需同时由基地研究生管理部门和所属院校管理部门签字盖章。

(终止培训申请模版)

姓名	李四	性别	女	出生年月	XXXX
身份证号码	XXXX		联系电话		XXXX
最高学历	XXXX		最高学位		XXXX
毕业院校	XXXX		毕业时间		XXXX
基地医院	XXXX		培训专业		XXXX
进入培训年月	XXXX		已轮转时长		XXXX
身份类型	☐ 单位人 ☒ 社会人 ☐ 在读研究生				
终止 培训 原因	XXXXXXXXXXXXXXXXXX 申 请 人 签 字：_____年 月 日 或申请单位负责人签章：_____				
派出 单位 意见	同意。 主管部门意见（签章）：_____年 月 日 单位负责人签章：_____年 月 日				

派出单位所属 卫生计生行政 部门意见	同意。 负责人签章： 年 月 日
专业基地 意见	同意终止。 基地负责人签章： 年 月 日
基地医院 意见	同意终止，该学员已享受待遇和违约金已缴清。已告知申请人自终止之日起，三年内不得再次参加培训。 负责人签章： 年 月 日
研究生管理部 门意见	负责人签章： 年 月 日
研究生所属 院校意见	负责人签章： 年 月 日
省医师协会 意见	同意基地意见。 负责人签章： 年 月 日
省毕教办意见	同意终止，已培训时长不予认可，自终止之日起三年内不得再次参加住院医师规范化培训。 负责人签章： 年 月 日

注：1. 本表（双面打印）一式肆份，派出单位、培训基地、省医师协会、省毕教办各存一份。

2. 住培研究生需同时由基地研究生管理部门和所属院校管理部门签字盖章。