全科医生培训学员退出培训申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | 培训类型 | 助理全科医生培训🞎  全科医生转岗培训🞎 |
| 身份证号码 | |  | | | |
| **本人已了解相关政策，因个人原因终止培训后再次进入培训不再享受财政补助，已完成培训不予累计。**  本人签字： | | | | | |
| **申请原因**      本人签字：  年 月 日 | | | | | |
| **学员所在单位意见**  （公章）  年 月 日 | | | | | |
| **临床培训单位意见**  学员实际培训时间： 年 月 日至 年 月 日  补贴发放截止时间： 年 月    （公章）  年 月 日 | | | | | |

福建省全科医学培训中心印制