附件3：

黑龙江省2022年西医类别住院医师规范化培训及助理全科医生

培训基地招收计划调整申请表

申请基地（盖章）： 基地负责人签字： 申请时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **专业** | **原计划** | **调整后计划** | **调整原因** | **专业基地负责人签字** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

填表人（签字）： 联系电话： 审核人（签字）：