附件1

玉溪市中医医院考生来院个人承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 所在地详细地址 |  | 手机号 |  |
| 计划出发时间 |  | 计划到院时间 |  |
| 交通出行方式 | 汽车□ 火车□飞机□ 自驾□ | 车次、班次、航班号、中转信息、座位号、自驾车牌号 |  |
| 来玉暂住地 |  |
| **本人承诺** |
| 1.未被诊断为新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者；2.过去14天未与新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者密切接触；3.过去14天未去过北京、湖北、国（境）外等疫情高发地区、未接触过疫情高发地区人员；4.过去14天本人未被集中隔离观察或留观后已解除医学观察；5.目前没有发热、干咳、气促等呼吸道症状；6.在来院途中严格遵守防护措施，妥善保存来院行程相关票据信息；7.来院当天严格遵守医院疫情防控管理制度；8.来院后将严格遵守属地和医院疫情防控的各项制度，一旦出现发热、干咳、气促等呼吸道感染症状，及时主动向科教科报告并就医；9.积极配合医院开展的各项疫情防控卫生清洁工作；10.不传播、不听信、不发布不实言论，坚决抵制不良信息，做到不信谣、不传谣、不造谣。本人郑重承诺：填报、提交和现场出示的所有信息（证明）均真实、准确、完整、有效。若因信息不实引起疫情传播和扩散等后果，本人将承担相应的法律责任，并按国家有关规定接受处罚。在考试期间严格遵守考试纪律，服从现场工作人员管理及疫情防控工作安排。承诺人：年 月 日 |

附件2

云南健康码



玉溪市中医医院

附件3

同意送培证明

现有我单位　 　年招录人员姓名： ，性别： ，年龄： 岁，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类别住院医师规范化基地： 玉溪市中医医院 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原工资关系不变，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,个人所得税由工作单位代扣代缴；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，基地不得以任何理由留用。

特此证明！

相关部门联系人姓名：

联系电话：

单位名称（公章）：

负责人（签名）：

年 月 日

附件4

云南省住院医师规范化培训年限减免申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基地医院名称 |  | 培训专业 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 毕业院校 |  | 学 制 | □7年制 □8年制□专业型硕士 □专业型博士□其他 |
| 硕士 | 毕业专业 |  | 博士 | 毕业专业 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业时间 |  |
| 申请减免培训年限理由：（需说明的材料附后）申请人签字： 年 月 日 |
| 培训基地审批意见 | 审批人：（公章）年 月 日 | 省医师协会/省中医药学会审核意见 | 审核人：（公章）年 月 日 |
| 省毕教办备案意见 | （不需审批，检查无误后标注“同意备案”） （公章）年 月 日 |

注：1.按照国家相关要求，原则上已具有医学类相应专业学位研究生学历的人员，按照按“缺什么补什么”的原则在培训基地接受培训，硕士培训年限不少于2年、博士培训年限不少于1年；其余情况不得减免培训年限。符合减免年限要求的，以1年为单位进行减免。

2.本表一式二份，报省毕教办备案后，返回一份由培训基地留存备查。