**四川省住院医师规范化培训合格证遗失补办 证明申请审核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **身份证号** |  | | | 照片 | |
| **原合格证颁证年度** |  | | |
| **原合格证编号** |  | | |
| **培训起止时间** |  | | **原培训专业** |  | |
| **原培训基地** |  | | **申请人 手机号码** |  | |
| **现工作单位** |  | | | | |
| **补办合格证明领取：□是□否邮寄（请勾选√）（到付）** | **邮寄地址：** | | | | |
| **个人申请理由：**  **本人签字：**  **年 月 日** | | | | | |
| **培训基地审核意见：**  **经办人： 负责人： （盖章）**    **年 月 日** | | | | | |
| **省毕教办复核意见：**  **经办人： 负责人： （盖章）**  **年 月 日** | | | | | |
| **四川省卫生健康委员会审批意见：**  **经办人： 负责人： （盖章）**  **年 月 日** | | | | | |