附件二：退培申请

**退培申请**

本人 ，身份证号码： ，于2023年报考太和县人民医院住院医师规范化培训/助理全科医师培训，培训类别：（住培全科专业🞎助理全科🞎），因

不能参加培训，特申请退培，本人知晓退培之后的一切后果，所造成的一切后果有本人自行承担，特此申请！

申请人（签字并按手印）：

年 月 日

备注：单位委派培训对象因所在单位原因导致其退出培训的，由所在单位另行开具退培申请，并由单位负责人签字加盖医院公章