**退培申请**

本人 ，身份证号码： ，于2023年报考阜阳市第六人民医院助理全科医师规范化培训， 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（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