附件3

湖北省2024年中医类别助理全科医生培训招录学员名单汇总表

市、州卫健委：（盖章） 基地医院：（盖章） 培训总人数： 人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **基地医院** | **姓 名** | **性别** | **年龄**(岁) | **身份证号码** | **毕业院校** | **学 历** | **专 业** | **毕业时间**(年、月) | **是/否****委 培** | **派出单位** | **是/否有****助理****医师****资格证** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日

填表人： 联系电话：