

附件3

## 湖北省2026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	基地名称	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	委培单位	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：