**附件**

**中医住院医师规范化培训委培学员信息表（2024年）**

**送培单位（盖章）： 职能部门： 职能部门负责人：**

**填报人： 联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 志愿专业 | 姓 名 | 性别 | 身份证号码 | 毕业院校 | 学历 | 毕业专业 | 研究生（学术型/专业型） | 毕业时间 | 英语水平 | 是/否有医师资格证 | 移动电话 | 培训时长（年） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（此表提交盖鲜章纸质版同时发送电子版至QQ邮箱3450968383@qq.com）