**附件：参加湛江中心人民医院2019年住院医师规范化培训回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 |
| 录取专业 | 　 | 确认参加培训（是/否） | 　 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 回复日期： |  |