附件2

湖南省2020年度中医住院医师规范化培训报名审核汇总表

市州/基地/高校（盖章）： 联系人： 电话： 电子邮箱：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 最高学历 | 最高学位 | 工作单位（社会人填“无”） | 培训基地 | 培训专业代码 | 联系电话 | 免费培养中医定向毕业生备注 |
| 志愿1 | 志愿2 | 是否服从调剂 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：此表8月20日前在省内就业的单位人由工作单位所属市州卫健委报送报送至csszyyykjk@sina.com

；我院将部、省直医疗机构培训人员和无工作单位人员汇总后报送至省中管局hnszyzp@126.com