附件4

2024年度卫生专业技术资格考试报名汇总表

|  |
| --- |
| 单位（盖章）： 联系人： 联系电话： |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 报考级别 | 报考专业 | 专业代码 | 单位缴纳社保起止时间 | 备注 |
|
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| **备注：1.初、中级分别统计汇总，单位未缴社保或第三方派遣的在备注栏注明情况。** **2.有转岗、本科规培后两年、规培基层破格、基层医疗机构、一线防疫等特殊情况的须在备注栏注明情况。** |