

附件2

2023年度全科医生转岗培训学员名册（样表）

填报单位(盖章):

填报人及联系电话:

序号	姓名	身份证号	手机号码	执业资格证 类型	执业资格 证号	职称	从事 专业	所在 科室	工作 年限	工作单位	医院 等级	生源所在地		参训基地
												市州	县区	

填报说明: 1. 执业资格证类型: 执业/执助

2. 医院级别: 一级/二级/三级