

附件2

2024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	是否接受过相关全科培训	实训基地

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；
- 3. 是否接受过相关全科培训：是否接受过全科医生转岗培训、全科专业住院医师规范化培训或助理全科医生培训的其他专业临床执业医师。