附件2

报名汇总表

单位名称：（并加盖单位公章） 联系人及联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 社康  名称 | 社康中心工作年限 | 取得全科职业范围时间 | 全科职业范围职称 | 联系  电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |