附件2

报名汇总表

单位名称：（并加盖单位公章） 联系人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 社康名称 | 社康中心工作年限 | 取得全科执业资格时间 | 执业范围职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 注 ：报名汇总表以excel表形式填报发送至全科医学培训部邮箱：qkjy@szhfpc.gov.cn。