附件：

2019年中医类别全科医生转岗培训报名表

单位名称（盖章）： 联系人： 电话： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 单位 | 科室/ 社康 | 执业 范围 | 职务 /职称 | 毕业院校及学历 | 专业 | 工作年限 | 手机 | 完成培训时间（1、一年内；2、两年内） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

请各单位于2019年5月24日前将报名表发送至市卫健能教中心全科医学培训部邮箱（qkjy@wjw.sz.gov.cn）