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** | **社康工作年限** | **取得全科执业资格年限** | **职称** | **毕业院校** | **联系 电话** |
|
| 张三 | XXX社康中心 | 2年 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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@wjw.sz.gov.cn](mailto:qkjy@szhfpc.gov.cn)。