附件3:

2019年第四期深圳市全科住院医师规范化培训师资培训班（省级）报名表

单位名称： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 社康中心 | 是否全科执业范围 | 最高学历 | 毕业院校 | 职称 | 社康工作年限 | 身份证号码\* | 学分卡号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：师资培训合格证需要提供身份证号码；此表以Excel表形式填报。