附件2

报名汇总表

单位名称：（加盖公章）

联系人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 区属 | 单位（具体到社康或部门） | 职称/职务 | 取得全科执业范围证书时间 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |