附件1

深圳市2021年第二期中医类别全科

医生转岗培训班报名信息表

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 性别 |  |
| 民族 |  |
| 籍贯 |  |
| 工作单位 |  |
| 科室/社康 |  |
| 医通卡号 |  |
| 身份证号 |  |
| 手机号 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 毕业院校 |  |
| 所学专业 |  |
| 最高学历 |  |
| 医师资格证书编号 |  |
| 取得医师资格证书时间 |  |
| 医师执业证书编号 |  |
| 取得医师执业证书时间 |  |
| 执业范围 |  |
| 专业技术职称 |  |
| 参加工作时间 |  |
| 详细联系地址 |  |