附件2：

申领对象名单汇总表

单位名称（公章）： 日期：

联系人： 手机：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证 | 中医/西医 | 全科医学专业加注时间（年-月-日） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |