附件3

湖南省2017年度中医住院医师规范化培训项目学员报名审核汇总表

市州/高校（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生  年月 | 最高学历 | 最高学位 | 工作  单位 | 培训基地 | | | 培训专业代码 | 联系电话 | 免费培养中医定向毕业生备注 | 2016-2017届中医学专业学位硕士研究生备注补培训时间（月） |
| 志愿1 | 志愿2 | 是否服从调剂 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

联系人： 电话： 传真： 电子邮箱：