附件3

**青海大学附属医院（临床医学院）**

**2024年住院医师规范化培训单位委培医师报名汇总表**

医院（公章）： 单位联系人： 联系电话 ： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **报考****专业名称** | **姓名** | **性别** | **现从事****专业** | **身份证****号码** | **毕业****院校** | **学历** | **所学****专业** | **毕业时间** | **是否有执业医师资格证及编号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：若此表一页不够可复制，培训专业名称请参阅2024年招收简章所列专业。