附件1：

黑龙江省2019年中医住院医师规范化培训拟录取名单

培训基地（单位盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 培训基地 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 证件类型 | 证件号 | 民族 | 手机号 | 邮箱 | QQ | 往届/应届 | 培训专业 | 是否执业医师 | 执业医师资格证号 | 学员类型 | 毕业院校(本科) | 毕业年份(本科) | 毕业专业(本科) | 是否全科订单定向学员 | 学位(本科) | 是否硕士研究生 | 毕业院校(硕士) | 毕业年份(硕士) | 毕业专业(硕士) | 学位(硕士) | 学位类型(硕士) | 是否博士研究生 | 毕业院校(博士) | 毕业年份(博士) | 毕业专业(博士) | 学位(博士) | 学位类型(博士) | 工作单位 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人（签字）： 联系电话： 审核人（签字）：