附件：

2018年全科医生转岗培训报名表

 单位名称（盖章）： 联系人： 电话： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 单位 | 科室/社康中心 | 毕业院校及学历 | 专业 | 是否在编 | 职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

请各单位于2018年5月7日前将报名表发送至市卫计能教中心全科医学培训部邮箱（qkjy@szhfpc.gov.cn）