附件4

海南省全科医生转岗培训人员推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位 |  | 联系电话 |  |
| 性别 |  | 年龄 |  | 职务/职称 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  | 参加工作  时间 |  |
| 现从事  专业 |  | 执业医师资格证书编号 |  | | |
| 民族 |  | 身份证号码 |  | | |
| 填报培训基地意向 |  | 是否服从  调剂 |  | | |
| 个人工作简历 |  | | | | |
|
| 单位推荐意见 | | | 市县卫生计生委审核意见 | | |
| （盖章）  年   月 日 | | | （盖章）  年 月 日 | | |