附件1

湖南省乡村医生本土化培养报名汇总表

填报单位（公章）：        填报人：           填报日期：2017年 月  日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓  名** | **性别** | **年龄** | **学历** | **所在乡、村组** | **联系电话** |
|   |   |   |   |   | 　 | 　 |
|   |   |   |   |   | 　 | 　 |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   | 　 | 　 |
|   |   |   |   |   | 　 | 　 |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |