附件

全科专业骨干师资培训班报名汇总表

单位：（盖章） 填表人： 电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 科室/专业 | 职务/职称 | 是否为基层实践基地（如是，请标明名称） | 联系电话 | 是否住宿（☑）  **（西安内不安排）** | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |