附件2：

**北京市全科医生转岗培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 单 位 | 手机 | 执业范围 | 专业技术职称 | 培训减免情况 |
|  |  |  |  |  | （请照本人执业医师证书规范填写） | （执业助理医师、执业医师、主治医师、副主任医师、主任医师） | （免理论培训、免基层实践、全免临床轮转、部分免临床轮转） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

主管部门： 联 系 人： 联系电话： Email：

区卫生健康委或医疗机构盖章