附件2

柳州市中医医院2024年二年制“西学中”培训班学员信息汇总表

单位联系人： 联系电话 ： 电子邮箱： 填表日期： 年 月 日 医院（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 最后学历 | 毕业院校 | 专业 | 职称 | 身份证号码 | 医师执业证书编码 | 医师执业证书取得时间 | 现任职务 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |