附件2

2025—2026年度全科医生转岗培训报名申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号码 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 现从事专业 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 医师执业证书编号 |  |
| 具有的相关培训内容减免情形及减免办法 |  |
| 个人主要简历 |  |
| 选派单位意见 | 联系人： 联系电话： （盖章）  年 月 日 |
| 县（市、区）卫生健康行政部门意见 |  （盖章） 年 月 日 |