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 | | | | | | | |