附件3

邵阳市乡村医生专科学历本土化培养报名汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 所在区村（社区） | 联系电话 | 县市区责任人及联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报单位(公章): 填报人： 填报日期：

注：本汇总表由区卫生健康局统一报送市卫生健康委基层卫生健康科。