附件1

**南京中医药大学附属南京医院（南京市第二医院）**

**住院医师规范化培训单位委托培养学员报名情况汇总表**

委托单位（公章）： 填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 电子邮箱 | 最高学历 | 最高学位 | 毕业院校 | 毕业专业 | 是否取得执业医师资格证书 | 执业医师资格证号 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |