

附件 4

云南省 2016 年住院医师规范化培训结业考核报名汇总表

序号	姓名	性别	培训基地(盖章):	身份证号	培训专业	派出单位	身份类型	培训起 始年份	培训年限	执业医师证号	报考阶段	手机号码	备注

培训基地(盖章): \_\_\_\_\_ 联系人: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_ 填报日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日