附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 确有专长人员报名汇总表 | | | | | | |
| 所在地市： （单位盖章） 联系人： 联系电话： 填表日期: 年 月 日 | | | | | | |
| **序号** | **姓** 名 | **身份证号码** | **性别** | **联系方式** | **专** 长 | **从事临床实践地点** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |