附件2

河池市中医医院2024年二年制“西学中”培训

学员基本信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **手机号码** | **医师执业****证书编码** | **执业范围** | **执业地点** | **职务** | **选择培训形式**（包括：中药；中医医疗技术；中药+中医医疗技术） | **学员类别**（包括：新生；2021级学员；2022级学员；2023级学员） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |