附件2

培训学员信息汇总表

（培训基地：滨州医学院附属医院）

卫生计生委（卫生局）（章）、医疗单位（章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 单位 | 专业 | 培训类型 | 培训时限 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

备注：请根据培训类型，填写培训时限6个月或2年。