附件2

**中国医院协会继续医学教育项目学员通讯录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **姓名** | **年龄** | **性别** | **职称** | **工作单位** | **是否来自基层单位** | **单位所在地** | **联系电话** |
| **提示** | 请准确填写真实姓名，以免影响授课核验 | 填写数字 | 填写男/女 | 填写高级职称/中级职称/初级职称/乡村医生 | 填写单位标准全称 | 填写是/否。基层单位指县及以下、社区等医疗卫生机构 | 填写省/自治区/直辖市名称 |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |

此表复制有效