**附件：参加湛江中心人民医院2019年住院医师规范化培训回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 录取专业 |  | | | 确认参加培训 （是/否） |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 回复日期： |  |