附表2

医学院校住培管理部门相关信息汇总表

单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 所在职能部门 | 办公电话 | 移动电话 | E-mail |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：请填写住培管理部门所在职能部门分管校领导、职能部门正副职领导及具体负责人员信息，并于于2021年4月20日前将表格电子版及盖章扫描版发送至委科教处政务邮箱：wsjkw\_kjc@gd.gov.cn。