

附件 3

住院医师规范化培训基地认定名册表

省级卫生计生行政部门（盖章）：_____

联系人：_____ 联系电话：_____

序号	培训 基地 (医 院) 名称	培训基地情况 (按照附件2中表2-1 的相关项目填写)			专业基地情况 (按照附件2中表1专业目录顺序填写)		
		类别	等级	注册登 记类型	代码	名称	3年培训 总容量
1							
						
2							
						
3							
						
...							
						