

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							
					.....		
...							
					.....		