附件6：

2023年传统医学师承考核报名人员信息汇总表

填报单位（卫健体局盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **学历** | **指导老师从事临床工作年限** | **是否参加2012-2021年出师考核** | **联系方式** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人（签名）： 填报人（签名）： 填报日期： 年 月 日