附件7:

2023年传统医学医术确有专长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** | **实践单位及年限** | **联系方式** | **技术专长****（只填一个专业）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人（签名）： 填报人（签名）： 填报日期： 年 月 日