附件3：

2018年度湖南省传统医学师承出师和确有专长人员考核汇总表

 填报单位（市州卫计委公章） 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 身份证号码 | 师承/专长人员 | 学历或学力 | 师承老师姓名及资质(师承人员填写) | 技术专长(专长人员填写) | 工作试用单位及年限 | 是否需要考技能 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人签名： 审核人签名： 负责人签名：