附件7

新疆维吾尔自治区中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

（师承学习人员）

填报单位（盖章）： 联系人： 联系方式：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **申报人信息** | **指导老师** | **推荐医师信息** |
| **报 名****序 号** | **姓 名** | **中医医术专 长** | **身份证号码** | **联系方式** | **姓名** | **身份证号码** | **姓 名** | **职称或****工作时间** | **第一执业****单位及科室** | **身份证号码** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：中医医术专长的具体填写格式为：内服方药类（病类或病名）、外治技术类（技术类别或技术名称+病类或病名）、或者两者的组合。

新疆维吾尔自治区中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

（多年实践人员）

填报单位（盖章）： 联系人： 联系方式：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **申报人信息** | **推荐医师信息** |
| **报 名****序 号** | **姓 名** | **中医医术专 长** | **身份证号码** | **联系方式** | **姓 名** | **职称或****工作时间** | **第一执业****单位及科室** | **身份证号码** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：中医医术专长的具体填写格式为：内服方药类（病类或病名）、外治技术类（技术类别或技术名称+病类或病名）、或者两者的组合。