2019年各市传统医学师承人员出师考核报名汇总表

填报单位（ 市卫生健康委 公章） 填报人签名： 填报日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 师承人员 | 指导老师 |  初审结果 |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 学历 | 工作单位 | 姓名 | 工作单位 | 职称 | 执业年限 | 专业 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：报名材料一人一档案袋（档案袋封面注明地区、序号和姓名），并请按照汇总表中顺序进行编号、排放。