附件3

**江西省中医医术确有专长人员医师资格考核报名公示信息汇总表**

设区市（盖章） 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 考生信息 | 推荐医师信息 | 指导老师信息 |
| 姓名 | 医术专长 | 工作单位或住址 | 身份证号码 | 姓名 | 工作单位 | 医师资格证书号码 | 姓名 | 工作单位 | 医师资格证书号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：医术专长按照“擅长使用××技术诊治××病”格式填写。