附件2

**江西省中医医术确有专长人员医师资格考核考生信息汇总表**

设区市（盖章）： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号  | 姓名  | 性别  | 年龄  | 医术专长  | 跟 师 学习地 点 或 医术实践地点  | 身份证 号码  | 联系 电话  |
| 病名  | 代码  | 中医药技术方法  | 常 用 内服方剂名称 | 外治技术类别或 名称  |
| 内服 方药  | 外治 技术  | 内外 兼有  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：医术专长填写参照《报考指南》相关填写说明。