附件3

2024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： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **师承人员** | **指导老师** | **初审结论** |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 学历 | 现工作单位 | 考生类别（填写0/1/2） | 姓名 | 主要执业机构 | 跟师学习医疗机构 | 职称 | 工作年限 | 专业 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

注：此表格请县级卫健委从报名审核系统中导出进行核对后，再报送市级卫健委汇总。