附件7

贵州省中医医术确有专长人员考核报考信息汇总表

报送地区： （单位盖章）   填表人：        联系电话：       年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 民族 | 出生年月 | 身份证件号码 | 籍贯 | 学历 | 参加工作时间 | 工作单位名称 | 地址 | 联系电话 | 本人技术专长 | 报考类别 | | 备注  （含未通过  原因） |
| 师承学习 | 多年实践 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |