附件7

**近五年从事医术实践活动情况表**

（传统医学医术确有专长人员）

申报人： 身份证号:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 医术实践活动地点 | 累计工作日 | 服务人数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |

申报人签名并按手印：

年 月 日