附件9

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2024年揭阳市传统医学医术确有专长考核报名人员信息汇总表** | | | | | | | | |
| 各县（市、区）卫生健康局： （盖章） 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **出生日期** | **年龄** | **联系电话** | **申报确有专长诊疗技术名称** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.出生日期请按“XX年XX月XX日”的格式填写

2.本表信息将用于制作准考证，请确保姓名、身份证号、申报专长等信息的准确性

3.各县（市、区）卫生健康中医药管理部门需同时报送本表纸质版（盖单位公章）和电子版。

4.备注栏标注往年实践技能操作考核合格，请按“2023年实操合格”的格式填写