附件2

**与门诊特殊慢性病相关的医务人员信息汇总表**

|  |
| --- |
| 填表人： 填表日期： 年 月 日 单位名称： （公章） |
| 姓名 | 科别 | 职称 | 执业医师（药师、护士）证号 | 身份证号 | 执业范围 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |