附件9

湖南省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市州（县市区） | | | | | | | 填报人及联系电话： | | | | | | 主要负责人审签（盖章）： | | | | | | | | |
| 序号 | 编号 | 所在地市 | 所在县（区） | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 联系地址 | 申报人类别 | 申报的中医医术专长 | | | 指导老师  （师承学习人员填写） | | | 推荐医师1信息 | | | 推荐医师2信息 | | |
| 类别 | 中医药技术方法 | 治疗的疾病名称 | 姓名 | 主要执业机构 | 联系电话 | 姓名 | 主要执业机构 | 联系电话 | 姓名 | 主要执业机构 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填写说明：

1.本表为县级卫生健康部门报市级卫生健康部门、市级卫生健康部门报省中医药局通过审核后的参考人员汇总名单，提交纸质版（盖单位公章）和可编辑电子版（excel版本)。

2.编号以报考人姓名首写字母排序，提交材料按编号排序整理。3.请在每个单元格中填写相应信息，不得合并单元格。4.本表信息将用于制作证书，请确保姓名、性别、身份证号、申报专长等信息的准确性。