附件7

**2025年传统医学医术确有专长考核报名人员信息汇总表**

## 县区卫生健康局（盖章）： 填报人： 电话： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **出生日期** | **联系电话** | **申报确有专长诊疗技术名称** | **实践时间** | **实践地点** | **推荐医师1信息** | | | **推荐医师2信息** | | |
| **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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证书，请确保姓名、性别、身份证号、出生日期、申报专长、临床实践时间等信息的准确性。

3.县级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。