附件4

|  |
| --- |
| **2021年传统医学医术确有专长考核报名人员信息汇总表** |
| 地以上市卫生健康委（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** | **联系电话** | **申报确有专长诊疗技术名称** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| ......... |