附件2

传统医学师承出师考核申请汇总表

填报地区（中医药管理局盖章）：                               填报人及联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 地区 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 指导老师 | 指导老师职称 | 专业 | 备注 |
| 1 | 长春地区 | 学生甲 | 女 | 220511199901111011 | 老师乙 | 副主任医师 | 中医内科 | 需考务人员帮助的情况 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |