附件8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2024年传统医学确有专长考核合格人员信息汇总表** | | | | | | | | | |
| 地以上市卫生健康委（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**  **（**XX年XX月XX日**）** | **联系电话** | **申报确有专长诊疗技术名称** | **临床考核时间** | **综合笔试时间** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ......... | | | | | | | | | |

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、身份证号、申报专长、临床考核时间等信息的准确性

3.市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