附件 3

2021 年传统医学医术确有专长考核人员报备汇总备案表

区县(自治县)卫生健康委(负责人签字、卫生健康委公章):

时间:

序号	姓名	身份证号 码	专长简述(20字内)	医术实践地 点或工作单 位	推荐医师 1			推荐医师 2			备注
					姓名	身份证号	执业证号	姓名	身份证号	执业证号	H /-