附件6

**2025年传统医学师承出师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** | **地区** | **姓名** | **性别** | **出生日期** | **身份证号码** | **联系电话** | **专业** | **指导老师** | | | |
| **姓名** | **单位** | **职称** | **专业** |
| 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、出生日期、身份证号、专业等信息的准确性。

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。