附件4

关岭自治县民族医生考核中医医生推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师基本情况 | 姓 | 名 |  | 性 别 |  | |
| 职 | 称 |  | 民 族 |  | |
| 专 | 业 |  | 联系电话 |  | |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 取得执业许可时间 | |  | | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | | |
| 医师执业证书编码 | |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | |
| 推荐医师意见 |  |  |  | 推荐医师签字：  年 月 日 | |  |