附件4

自治区中医医术确有专长人员医师资格考核

实地调查核验表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申报人基本信息** | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号码 |  | 报名县（市、区） |  |
| 申报中医医术专长 |  | | |
| **现场核查情况** | | | |
| 核查地址 |  | | |
| 核查地址性质 | 1.家庭住址□  2.医疗机构□  3.养生保健机构□  4.药店□  5.村委会、居委会□  6、其他 | | |
| 被核查的有关人员 |  | | |
| 核查内容及核查情况 | 包括申请人基本情况：包括实践时间、形式、服务人次、医术渊源，专长有关情况等 | | |
| 核查总体评价意见 |  | | |
| 核查组织单位 | □县（市、区）中医药主管部门 □地（州、市）中医药主管部门 | | |
| 核查专家单位  及签名 |  | | |
| 核查日期 |  | | |