附件5

回顾性中医医术实践资料基本信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 联系电话 | 所患疾病 | 工作单位或住址 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

注：此表可由考核申报者自行填写，应确保资料真实可信，资料审查期间中医药主管部门将对提供信息进行核实。