附件3

决赛人员登记表

填报单位（盖章）： 地（州、市）卫健委

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 照片（1寸非大头贴） |
| 性别 |  | 族别 |  |
| 年龄 |  | 学历 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 从事专业及时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 工作单位 |  |
| 参赛项目 | 中药饮片处方审方□ 中药饮片辨识□ 中药饮片调剂□  |
| 执业证书名称及编号：1．2． 3． |
| 备注：1.本表由各地、（州、市）卫生健康委统一填报盖章后上报。2.为保障信息上报准确无误，表格填写一律采用打印字体。 3.应确保所填信息准确无误，核对如有不符将取消参赛资格。 |

填表人： 联系电话：