附件5

新疆维吾尔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）级卫生健康委 □地（州、市）卫生健康委 | | |
| 核查专家单位  及签名 |  | | |
| 核查日期 |  | | |