附件6

从事医术实践活动情况表

（多年实践人员）

申报人：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 医术实践活动地点 | 累计工作日 | 服务人数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |

说明：医术实践地点应具体到XX省（区、市）XX市（地、州、盟）XX县（区、旗）XX乡（镇、街道）XX号。

申报人签名并按手印：

年 月 日