附件2 中医药传统技能传承人摸底汇总表

单位负责人： 单位（盖章）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 传承人基本情况 | 传统技能基本情况 |
| 姓名 | 单位 | 是否具有执业资格 | 从事该项技能年限 | 传统技能名称 | 适用范围 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |