**附件**

2020年卫生专业技术资格考试单独划线范围考生名单

报送单位（盖章）： 报送时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **工作单位** | **考试专业（级别）** | **考试成绩** | **援鄂医疗队/****高风险地区一****线人员** |
| **基础****知识** | **相关专****业知识** | **专业****知识** | **专业实****践能力** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（如无此类人员，也请在表格“姓名”处填写“无此类人员”后，将本表格盖章报送。）

经办人： 联系电话：