附件1

传统医学师承出师考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 生 月 出 年 |  | 籍 贯 |  | 生 点 出 地 |  |
| 参加工 作时间 |  | 现从事主要职业 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 身份证号码 |  |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址及邮政编码 |  |
| 本人档案存放单位、地 址及邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮件地址 |  |
| 个 人 简 历 |
| 起止年月 | 学习 (工作) 单位 | 肄毕 业结 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指导老师姓名 |  | 指导老师单位 |  |
| 指导老师职称 | 指 | 导老师工作年限 |  |
| 指导老师联系电话 |  | 指导老师通讯地址 |  |
| 指导老师主要学 术思想、临床经 验和学术专长 |  |
| 指 导 老 师 意 见 | 签 名：年 月 日 |
| 核准指导老师执 业的卫生、 中医 药行政部门初审 意见 | 印 章年 月 日 |
| 市级卫生、 中医 药行政部门审核 意见 | 印 章年 月 日 |
| 省级中医药管理 部门审核意见 | 印 章年 月 日 |

1、一律用蓝黑墨水钢笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

2、表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

3、相片一律用近期二寸免冠正面半身照。

4、个人简历应从小学写起。