附件1

传统医学师承出师考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 民 族 | |  | | | | | 照 片 | | | |
| 出 生  年 月 |  | | 籍 贯 | |  | | 出 生  地 点 | |  | | | | |
| 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 | |  | | | | | |  | | |  | | 印 | | 章 |  |
| 意见 | |  | | | | | |  | | | 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。