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。