附件2

# 传统医学医术确有专长考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 出 生年 月 |  | 籍 贯 |  | 出 生地 点 |  |
| 参加工 作时间 |  | 考核申报专业（请 在申报专业括号内 上打钩） | 内科（ ）外科（ ） 妇科（ ）儿科（ ） 针灸推拿（ ） |
| 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人技 术专长 述评 |  |
| 县级卫生、中医药行政部门初审意见 |  |  |  |
|  |  |  |
|  | 印 章 |  |
| 年 | 月 | 日 |
| 地、设区 |  |  |  |
| 的市级 |  |  |  |
| 卫生、中 |  |  |  |
| 医药行 |  |  |  |
| 政部门 |  | 印 章 |  |
| 审核意 |  |  |  |
| 见 | 年 | 月 | 日 |
| 省级中 |  |  |  |
| 医药管 |  |  |  |
| 理部门审核意 |  | 印 章 |  |
| 见 | 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。