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。