附件2

传统医学师承人员备案审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **师承****人员****信息** | 姓  名 |  | 性  别 |  | 照片 |
| 民  族 |  | 籍  贯 |  |
| 出生年月 |  | 文化程度 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 现从事主要职业 |  | 跟师学习地点 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
| **指导****老师****信息** | 姓  名 |  | 性  别 |  | 民  族 |  |
| 工作单位 |  | 从事中医临床工作时间 |  |
| 职  称 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书编号 |  |
| 临床特长 |  |
|     师承人员学习经历：  |
|     指导老师意见：签字：                                                  年   月  日    |
| 县级卫生健康行政部门初审意见 |                         （单位公章）年   月   日      |
| 市级卫生健康行政部门复审意见 |                          （单位公章）年   月   日      |
| 省级卫生健康行政部门 备案意见 |                          （单位公章）年   月   日      |

**注：**本审批表一式五份，省、市、县级卫生健康行政部门各留存备案一份，指导老师和师承人员各留存一份。