

## 传统医学师承人员备案审批表

师承 学员 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			
师承 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					
<p>学员学习经历：</p>       						
<p>指导老师意见：</p>       <p style="text-align: right;">签字：__</p>						

年 月 日	
县级卫生健康主管 部门审核意见	审核人签字：  (单位公章)  年 月 日
市级卫生健康主管  部门备案意见	审核人签字：  (单位公章)  年 月 日
自治区中医药 管理局备案意见	审核人签字：  (单位公章)  年 月 日

**注：**本审批表一式五份，县、市、自治区卫生健康主管部门各留存备案一份，师承老师和学员各留存一份。