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  粘  贴  处 |
| 出 生  年 月 |  | | | | 考核申报地区 |  | | | 户籍所在地 |  | | | |
| 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 | |  | | | | 传 真 |  | | | 电子邮  件地址 | |  | | |
| 个 人 简 历 | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | | 学习（工作）单位 | | | | | | | | | 肄  毕 业  结 | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 推荐医师1  姓名 | | | |  | | | | 推荐医师1  单位 | | | | |  | |
| 推荐医师1  职称 | | | |  | | | | 推荐医师1  工作年限 | | | | |  | |
| 推荐医师1  联系电话 | | | |  | | | | 推荐医师1  通讯地址 | | | | |  | |
| 推荐医师1  医师资格证书编码 | | | |  | | | | 推荐医师1  身份证号码 | | | | |  | |
| 推荐医师2  姓名 | | | |  | | | | 推荐医师2  单位 | | | | |  | |
| 推荐医师2  职称 | | | |  | | | | 推荐医师2  工作年限 | | | | |  | |
| 推荐医师2  联系电话 | | | |  | | | | 推荐医师2  通讯地址 | | | | |  | |
| 推荐医师2  医师资格证书编码 | | | |  | | | | 推荐医师2  身份证号码 | | | | |  | |
| 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．相片一律粘贴一寸近期白底免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。