附件1

传统医学师承出师考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出 生年 月 |  | 籍 贯 |  | 出 生地 点 |  |
| 参加工作时间 |  | 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 |  |
| 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 指 导 老 师 姓 名 |  | 指 导 老 师单 位 |  |
| 指 导 老 师 职 称 |  | 指 导 老 师工 作 年 限 |  |
| 指 导 老 师联 系 电 话 |  | 指 导 老 师通 讯 地 址 |  |
| 指导老师主要学术思想、临床经验和学术专长 |       可加页 |
| 申请出师考核方式 | 传统医学师承出师考试。              签   名：                               年    月    日 |
| 指 导 老 师意  见 |   签   名：     年    月    日 |
| 县（市、区）中医药管理局意见 |    印  章    年    月    日 |
| 市（州）中医药管理局或省管县中医药管理局意见 |    印  章                                         年    月    日  |
| 省中医药管理局审核意见 |   印  章    年    月    日 |

  注：由跟师人员填写；相片为近期一寸免冠正面照；简历从初中写起。