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。