附件1

**传统医学师承出师考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 相片 |
| 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 |  |
| 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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 |  |
| 指 导 老 师意 见 | 签 名： 年 月 日 |
| 核准指导老师执业的卫生计生中医药主管部门初审意见 | 印 章 年 月 日 |
| 地市级卫生计生中医药管理部门审核意见 | 印 章 年 月 日 |
| 省中医药管理部门复核意见 | 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．相片一律用近期一寸免冠正面半身照。

 4．个人简历应从小学写起。

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 |
| 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 |  |
| 确有专长诊疗技术名称 |  |
| 确有专长诊疗技术所属专科 |  中医内科学 中医妇科学 针灸推拿学 中医外科学 中医儿科学 |
| 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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．相片一律用近期一寸免冠正面半身照。

 4．个人简历应从小学写起。

附件3

**传统医学确有专长人员诊疗技术证明资料表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | 男□ | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 女□ | 婚姻 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 确有专长诊疗技术名称 |  |
| 确有专长诊疗技术所属专科 |  中医内科学 中医妇科学 针灸推拿学 中医外科学 中医儿科学 |
| 个人简述 | 签名：时间： 年 月 日 |
| 执业医师证明 | 签名：时间： 年 月 日 |
|  签名：时间： 年 月 日 |
|  签名：时间： 年 月 日 |

注明：“执业医师”必须是在医疗机构中执业道德良好，无不良医疗行为记录的在职医生，如提供虚假证明，一经查实将予以严肃处理。

|  |  |
| --- | --- |
| 县（区）级卫生计生局意见 |  盖章：负责人签字： 时间： 年 月 日 |
| 地（市）级卫生计生局意见 |  盖章：负责人签字： 时间： 年 月 日 |
| 备注 |  |