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 |  |