附件1

**传统医学医术确有专长考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | | |  | |
| 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 | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |
| 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2

**申请人依法从事中医临床实践证明**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 | |  |
| 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 |  | 身份证号码 | |  | | |
| 单位  名称 |  | | | | | |
| 通讯  地址 |  | | | | | |
| 本人档案  存放单位、地址、邮编 |  | | | | | |
| 联系  电话 |  | | 传真及电子邮箱 | |  | |
| 从业时间 |  | | | | | |
| 所在单位  初审意见 | 负责人签名： 单位印章：  年 月 日 | | | | | |
| 县级  卫生、  中医药  行政部门  审核意见 | 印 章：  年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

附件3

**掌握传统医学诊疗技术证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 | |  | | 被证明人姓名 | |  | |
| 证明人  所在单位 | |  | | 证明人电话 | | 单位： | |
| 手机： | |
| 证明人《医师资格证书》编号： | | | | | | | |
| 证明人《医师执业证书》编号： | | | | | | | |
| 证明人专业技术职称 | | |  | | 职务 | |  |
| 被证明人技术专长评述 |  | | | | | | |
| 以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。  证明人签字： 年 月 日 | | | | | | | |

附件4

**传统医学确有专长人员报名材料汇总表**

县（市）、区卫生计生局（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **身份证号** | **联系电话** | **医术专长** | **医术实践机构** | **推荐老师1** | **推荐老师2** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |