附件1

**传统医学师承出师考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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(手机) | |  | | | 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、中医药行政部门初审意见 | | | 印 章         年    月    日 | | | | | | | | | | | | |
| 各市州中医药行政部门复核意见 | | | 印 章         年    月    日 | | | | | | | | | | | | |
| 省级中医药管理部门审核意见 | | | 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

**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： | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 附证明人《医师资格证书》、《医师执业证书》复印件（A4纸复印） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4 | | | | | | | | | |  |
| **传统医学师承和确有专长考核汇总表** | | | | | | | | | |  |
| 市州:                                                            年   月   日 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 县区 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号 | 技术专长 | 工作单位 | 临床实践技能成绩 | 传统医学师承/确有专长考核 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

备注：传统医学师承汇总表不填技术专长和临床实践技能成绩两栏。