辽宁省传统医学确有专长人员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | | 照    片 |
| 出生年月 |  | 民 族 | | |  | |
| 文化程度 |  | 健康状况 | | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | 邮    编 | |  | |
| 身份证号 |  | | | 从事传统医学临床实践时间 | | （年） | |
| 专业特长 |  | | | | | | |
| 现工作单位  意见 | 确有专长人员      于   年   月至   年   月依法在          （单位）中医     科，从事传统医学临床实践。现工作单位副本（复印件）请附后（加盖单位公章）。        负责人签字：                  公章                  年   月   日 | | | | | | |
| 掌握传统医  学诊疗技术  证明一 | 兹证明，确有专长人员    掌握了独居特色、安全有效的传统医学诊疗技术材料。    证明人身份证、医师资格证、执业证及职称证复印件附后（复印件需加盖当地卫生计生部门公章，否则无效）    证明人所在单位:  资格证编号：  手机：  证明人签字：     （签字机打及复印无效）                         年   月   日 | | | | | | |
| 掌握传统医  学诊疗技术  证明二 | 兹证明，确有专长人员    掌握了独居特色、安全有效的传统医学诊疗技术材料。    证明人身份证、医师资格证、执业证及职称证复印件附后（复印件需加盖当地卫生计生部门公章，否则无效）           证明人所在单位:  资格证编号：  手机：  证明人签字： （签字机打及复印无效）                                             年     月   日 | | | | | | |
| 县（区）级  卫生计生部  门初审意见 | 负责人：                    公章                           年   月   日 | | | | | | |
| 市级卫生计生  部门审核意见 | 负责人：                    公章                           年   月   日 | | | | | | |
| 省中医药管理局意见 | 负责人：                    签章                          年   月   日 | | | | | | |

填表说明：专业特长只限于以下一个专业：中医内科；中医外科；中医妇科；中医儿科；中医眼科；中医耳鼻喉科；中医皮肤科；中医骨伤科；针灸科；推拿科；