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；