附件1

传统医学医术确有专长考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | | | 一寸免冠  正面红底  证件照 |
| 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  行政部门  初审意见 | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市、州、地  卫生行政  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。