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 | | | | | | | | 证明人 | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
| 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

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 | |  | | | | 传 真 | |  | | 电子邮件  地址 | | |  | |
| 个 人 简 历 | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | 学习（工作）单位 | | | | | | | | | 证明人 | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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3

广西传统医学师承和确有专长人员

考核时间安排表

| 序号 | 工作安排 | 时间进度 |
| --- | --- | --- |
| 1 | 考生网上报名 | 10月14日- 10月26日 |
| 2 | 县级卫生健康行政部门现场审核 | 10月28日- 10月31日 |
| 3 | 市级卫生健康行政部门现场审核 | 11月1日－11月8日 |
| 4 | 考区复审 | 11月11日－11月15日 |
| 5 | 考场编排 | 11月18日- 11月22日  4月5日前 |
| 6 | 准考证打印 | 11月25日- 11月29日 |
| 7 | 考核 | 12月6日- 12月8日 |