附件

**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 | 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 |
| 县（市、区）级中医药管理局审核意见 |                                           公章    年    月    日 |
| 地市级中医药管理局审核意见 |   公章    年    月    日 |
| 省级中医药管理部门审核意见 |   公章  年    月    日 |