附件1

**传统医学师承出师考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | | 民 族 | | |  | | | | 相片 |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 核准指导老师执业的卫生健康中医药主管部门初审意见 | | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 省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。