

## 附件 1

# 传统医学师承出师考核申请表

[illegible]

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	<div style="text-align: right;">           签 名：            年    月    日         </div>		
核准指导老师 执业的卫生健 康行政部门(或 省直医疗机构) 初审意见	<div style="text-align: right;">           印 章            年    月    日         </div>		
省中医药 管 理 局 审核意见	<div style="text-align: right;">           印 章            年    月    日         </div>		

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

# 传统医学医术确有专长考核申请表

[illegible]

本人技术 专长述评	
县级卫生 健康行政 部门初审 意见	<div>印章</div> <div>年 月 日</div>
市级卫生 健康行政 部门审核 意见	<div>印章</div> <div>年 月 日</div>

- 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

## 传统医学确有专长考生临床实践 年限证明

考生：\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_）

从\_\_\_\_\_年\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_月依法在\_\_\_\_\_单位

从事中医\_\_\_\_\_科临床实践，特此证明。

\_\_\_\_\_卫生健康委（局）（盖章）

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

附件 4

掌握传统医学诊疗技术证明

证明人姓名		被证明人姓名	
证 明 人		证明人电话	
所在单位			
证明人《医师资格证书》编号			
被 证 明 人 医 术 专 长 评 述			
以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。			
证明人签字：年 月 日			