附件1

传统医学师承出师考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 照片粘贴处 |
| 出 生年 月 |  | 考核申报地区 |  | 户籍所在地 |  |
| 跟师学习时间 | 年 月 至 年 月 | 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(手机) |  | 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 师医师资格证书编码 |  | 指导老师身份证号码 |  |
| 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 |
| 各市州中医药行政部门复核意见 |  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．相片一律粘贴一寸近期白底免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。