附件1

**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 | 毕（肄、结）业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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行政管理部门初审意见 | 初审意见：审核人签名：印 章 年 月 日 |
| 地（州、市）卫生健康行政部门初审意见 | 初审意见：审核人签名：印 章 年 月 日 |
| 自治区卫生健康行政管理部门审核意见 | 初审意见：审核人签名：印 章 年 月 日 |

填表说明：

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。