附件2

传统医学医术确有专长考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 推荐医师1姓名 |  | 推荐医师1单位 |  |
| 推荐医师1职称 |  | 推荐医师1工作年限 |  |
| 推荐医师1联系电话 |  | 推荐医师1通讯地址 |  |
| 推荐医师1医师资格证书编码 |  | 推荐医师1身份证号码 |  |
| 推荐医师2姓名 |  | 推荐医师2单位 |  |
| 推荐医师2职称 |  | 推荐医师2工作年限 |  |
| 推荐医师2联系电话 |  | 推荐医师2通讯地址 |  |
| 推荐医师2医师资格证书编码 |  | 推荐医师2身份证号码 |  |
| 本人技术专长述评 |  |
| 县级卫生、中医药行政部门初审意见 | 印 章年 月 日 |
| 地、设区的市级卫生、中医药行政部门审核意见 | 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。