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．个人简历应从小学写起。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．指导老师多点执业涉及跨县（区）执业的，由其带教时间最长的医疗机构所在行政区域的卫生健康中医药主管部门核准，并出具初审意见。

5.考生报名材料递交部门为跟师时间最长的医疗机构所在行政区域的卫生健康中医药主管部门。