附件 3

传统医学医术确有专长考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | 民 族 |  | | | 照 片 | |
| 出生年月 |  | | | 籍 贯 | |  | | 出生  地点 |  | | |
| 参加工作时间 |  | | | 考核申报专业（请 在申报专业括号内 上打钩） | | | | 内科 （ ） 外科 （ ）  妇科 （ ） 儿科 （ ）  针灸推拿 （ ） | | | |
| 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 | |  | | | | | 电子邮件地址 | |  | | | | |
| 个 人 简 历 | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | 学习 （工作） 单位 | | | | | | | | 毕 | | 业  肄 结 |
|  | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 市级卫生、中医药  行政部门  审核意见 | 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、相片一律用近期二寸免冠正面半身照。

4、个人简历应从小学写起。