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。