附件2

江苏省传统医学师承出师考核申请表（2019年）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | 肄  毕 业  结 |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
| **指导老师基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | |  | | | | | | 工作单位 | | |  | | | | |
| 学 历 | | |  | | | | | | 身份证号 | | |  | | | | |
| 职 称 | | |  | | | | | | 工作年限 | | |  | | | | |
| 专业及专长 | | |  | | | | | | 所在科室 | | |  | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | 通讯地址 | | |  | | | | |
| 从事专业工作经历 | 起止时间 | | | | | | 在何单位何部门做何工作 | | | | | | | | 职务/职称 | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 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 | | | 意见：  签 名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 核准指导老师执业的卫生健康/中医药行政部门初审意见 | | | 初审意见：  审核人签名：  印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 设区市卫生健康/中医药行政部门初审意见 | | | 初审意见：  审核人签名：  印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 省级中医药管理部门审核意见 | | | 审核意见：  审核人签名：  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、相片一律用近期一寸免冠正面半身照。

4、“个人简历”应从小学写起。

5、“从事专业工作经历”填写指导老师从事中医药具体专业工作经历。

指导老师从事中医临床工作年限证明

兹有医师 （身份证号码： ），

自至 年 月 日至 年 月 日在 （医疗机构） （科室）

从事中医临床工作，已满 年。

特此证明。

医疗机构盖章：

年 月 日

对指导老师执业注册信息核查情况

经查医师 （身份证号码： ），

自至 年 月 日至 年 月 日

执业注册在 （医疗机构），已满 年。

卫生健康行政部门盖章：

年 月 日

注：该证明应提供原件随报名材料一同报送。