附件1

**传统医学医术确有专长考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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 |

1．一律用黑色中性笔填写，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。

附件2

**传统医学医术确有专长考生临床**

**实践年限证明**

考生\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)，从\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月依法在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位从事中医\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_科临床实践，特此证明。

医疗机构

负责人（签字） 单位（盖章）

 年 月 日

县区卫生健康局

负责人（签字） 单位（盖章）

 年 月 日

附件3

**掌握传统医学诊疗技术证明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 |  | 被证明人姓名 |  |
| 证明人所在单位 |  | 证明人电话 | 单位： |
| 手机： |
| 证明人《医师资格证书》编号 |  |
| 被证明人技术专长评述 |  |
| 以上证明真实，如有虚假，我本人承担一切责任。证明人签字： 年 月 日 |