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 | | | | |