**附件1**

**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 |  | 参加工  作时间 | |  | | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | | | | |
| 申请考核技术专长 | |  | | | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | | | 所学专业 |  | | 毕业院校 | |  | | |
| 工作单位 | | | | | | |  | | | | | | |
| 单位通讯地址 | | | | | | |  | | | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | 电子邮件地址 | |  | | | | |
| **个 人 简 历** | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | | | 学习（工作）单位 | | | | | | | 所从事工作 | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人技术  专长述评 |  |
| 本人所在单位意见 | 印 章  年 月 日 |
| 县级卫生计生行政部门初审意见 | 印 章  年 月 日 |
| 市卫生计生委审核意见 | 印 章  年 月 日 |

填表说明：1．“技术专长”严格按照中医×科××病的格式填写，如中医内科心病、中医内科中风病、中医妇科月经病、中医骨科四肢骨折病、中医针灸推拿科颈肩腰椎病等，并且只允许填写一种科的一种疾病，不允许多报。

2．表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写；相片一律用近期一寸免冠正面半身照；个人简历应从小学写起。