

附件 1

传统医学师承出师考核申请表

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
指 导 老 师 姓 名		指 导 老 师 单 位	
指 导 老 师 职 称		指 导 老 师 工 作 年 限	
指 导 老 师 联 系 电 话		指 导 老 师 通 讯 地 址	
指 导 老 师 主 要 学 术 思 想、临 床 经 验 和 学 术 专 长			

<p>指 导 老 师 意 见</p>	<p>签 名： 年 月 日</p>
<p>核 准 指 导 老 师 执 业 的 卫 生、中 医 药 行 政 部 门 初 审 意 见</p>	<p>印 章 年 月 日</p>
<p>省 级 中 医 药 管 理 部 门 审 核 意 见</p>	<p>印 章 年 月 日</p>

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。