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 | |  | | | |
| 临床实践单位名称 | | | |  | | | | | | | | |
| 申请考核专长 | | | | □中医内科 □中医妇科 □中医外科 □针灸  □推拿 | | | | | | | | |
| 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．相片一律用近期正面白底免冠二寸照，需与报名材料中提交的照片一致。

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核考试人员五年以上临床实践证明表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系方式 |  | 身份证号码 | |  | |
| 从事中医临床实践起止时间 |  | 从事中医临床  实践所在单位  （**填写单位名称，单位负责人签字，并加盖单位公章**） | |  | |
| 区（市、县）卫生健康局（中医药主管部门）初审意见 | 审核意见：  核实人签名： （单位公章）  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。

附件3-1

传统医学医术确有专长考核考试人员诊疗技术证明表

证明人（推荐医师一）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  |
| 联系方式 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 所在执业机构 |  | | 擅长诊疗技术 | |  | |
| 医师资格  证书编码 |  | | | | | |
| 医师执业  证书编码 |  | | | | | |
| 证明人意见 | 证明人意见(明确被证明人所具有的中医理论、技术特长，诊疗技术特色及疗效等)：  证明人签名： 证明人所在机构：（单位公章）  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.证明人意见要明确被证明人所具有的中医理论、技术特长，诊疗技术特色及疗效等；

4.需提交证明人的医师（中医）资格证书、执业证书原件、复印件，所在区（市、县）卫生健康局（中医药主管部门）负责审核。

附件3-2

传统医学医术确有专长考核考试人员诊疗技术证明表

证明人（推荐医师二）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  |
| 联系方式 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 所在执业机构 |  | | 擅长诊疗技术 | |  | |
| 医师资格  证书编码 |  | | | | | |
| 医师执业  证书编码 |  | | | | | |
| 证明人意见 | 证明人意见(明确被证明人所具有的中医理论、技术特长，诊疗技术特色及疗效等)：  证明人签名： 证明人所在机构：（单位公章）  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.证明人意见要明确被证明人所具有的中医理论、技术特长，诊疗技术特色及疗效等；

4.需提交证明人的医师（中医）资格证书、执业证书原件、复印件，所在区（市、县）卫生健康局（中医药主管部门）负责审核。