附件1

 传统医学医术确有专长考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 一寸免冠正面红底证件照 |
| 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 |  |
| 县级卫生健康局初审意见 |  印 章 年 月 日 |
| 市卫生健康局审核意见 |  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．相片一律用近期一寸免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。