附件1

**传统医学师承出师考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 相片 |
| 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 |  |
| 指 导 老 师意 见 | 签 名： 年 月 日 |
| 核准指导老师执业的卫生、中医药行政部门初审意见 | 印 章 年 月 日 |
| 省级中医药管理部门审核意见 |  印 章 年 月 日 |

**注：**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。

5、A4纸打印。

附件2

 **2015年北京市传统医学师承出师考试考生信息确认表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **备案号** | **姓名** | **性别** | **出生日期** | **报考专业（同老师从事专业）** | **身份证号** | **指导老师姓名** | **指导老师职称** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**请每位参加出师考试的考生认真填写以上信息并发送邮箱：****bjzyxh2013@163.com****（备案号不祥可以空项）**

附件3

**传统医学医术确有专长考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 相片 |
| 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 | 专长类别：（只能选一项）□内科 □外科 □妇科 □儿科 □针灸科 □推拿科 □骨伤科 □其他 |
| 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 |

**注：**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．相片一律用近期二寸免冠正面半身照。

4．学习简历应从小学写起。

5．A4纸打印

附件4

**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。

 负责人（签字） 单位（盖章）：

 年 月 日

附件5

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 |  |
| 以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。证明人签字： 年 月 日 |

附证明人《医师执业证书》复印件（A4纸复印）

附件6、

2015年北京市传统医学确有专长资格考试报名汇总表

区县卫生局(盖章): 联系人: 电话:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **机构名称** | **报考专业** | **电话** | **手机** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注:1、本表由各区县卫生局填报加盖公章(可制成横向表)

 2、报考专业:中医内科、外科、妇科、儿科、针灸、推拿、骨伤。