

附件 2

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		
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、 中医药行 政部门初 审意见	<p style="text-align: right;">印章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
地、设区的 市级卫生、 中医药行 政部门审 核意见	<p style="text-align: right;">印章</p> <p style="text-align: right;">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。