

附件 2:

传统医学医术确有专长考核申请表

姓名	张**	性别	男	民族	汉	
出生年月	1980.11	籍贯	陕西富平县	出生地点	陕西富平	
参加工作时间	2000.11	现从事主要职业		如实填写		
学历	大学	学位	本科	身份证号码	610*****	
单位名称			如实填写			
通讯地址及邮政编码			如实填写			
本人档案存放单位、地址及邮政编码			如实填写			
联系电话	手机	传真	**	电子邮件地址	**@**.com	
个人简历						
起止年月	学习（工作）单位				肄业	
1987.9-1993.7	***小学				毕业	
1993.9-1996.7	***初中				毕业	
1996.9-1999.7	***高中				毕业	
1999.9-2004.7	***大学				毕业	
2004.7-至今	***单位工作					

<p>本人技术专长述评</p>	<p>专长类别：（只能选一项） <input checked="" type="checkbox"/>内科； <input type="checkbox"/>外科； <input type="checkbox"/>妇科； <input type="checkbox"/>儿科； <input type="checkbox"/>针灸推拿； <input type="checkbox"/>骨伤； <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>本人***长期从事***，在***方面造诣深厚，主要的学术思想有*****，临床经验有*****，学术专长有*****</p>
<p>县级卫生、中医药行政 部门初审意见</p>	<p style="text-align: right;">印章 **年**月**日</p>
<p>地、设区的市级卫生、 中医药行政 部门 审核意见</p>	<p style="text-align: right;">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。