附件1

山东省中医药特色疗法基层培训师资骨干推荐表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 近期免冠照片  （1寸） |
| 出生年月 |  | 学历/学位 |  |
| 从事专业 |  | | |
| 职称/职务 |  | 联系方式（手机） |  |
| 执业年限 |  | 所在单位 |  | |
| 专业特长  （擅治病种） |  | | | |
| 推荐类型 | □山东省基层名中医药专家；□省、市级名中医药专家；  □中医药临床能力强、有强烈学习愿望且有带教能力的中医医师。 | | | |
| 学习、工作情况 | 分别从中医学习经历、工作经历（包括工作经验、临床实践情况等）、取得成绩、今后规划等进行论述。 | | | |
| 单位意见 | 单位盖章：  年 月 日 | | | |
| 县卫生健康局  推荐意见 | 单位盖章：  年 月 日 | | | |
| 市卫生健康委  （中医药管理局）推荐意见 | 单位盖章：  年 月 日 | | | |