附件2

中医医术确有专长人员（师承学习人员）

医师资格考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | | 照 片 | |
| 出生年月 | |  | | 民族 | | |  | | |
| 文化程度 | |  | | 政治面貌 | | |  | | |
| 健康状况 | |  | | 现从事主要职业 | | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | |
| 邮编 | |  | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 户籍所在地 | |  | | | 身份证号码 | | |  | | | |
| 跟师学习地点 | |  | | | 跟师学习时间 | | | 年 月至 年 月 | | | |
| 医术专长 | |  | | | | | | 近五年  服务人数 | |  | |
| 文化学习  经历 | |  | | | | | | | | | |
| 跟师学习  医术及实践  经历 | |  | | | | | | | | | |
| 医术专长  综述 | |  | | | | | | | | | |
| 回顾性中医医术实践资料5例（需提供患者真实姓名、住址、电话，以附件形式附后） | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。  本人签字：  日 期：　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 指导老师  基本情况 | 姓名 | |  | | | 性别 | |  | 民族 | |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | 从事中医临床工作时间 | |  |
| 职称 | |  | | | 联系电话 | | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 | |  | | | | | | | | |
| 临床特长 | |  | | | | | | | | |
| 指导老师意见  签 字：  日 期：　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |