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 |