

## 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	章  月 日  年
地、设区的市级卫生、中医药行政 部门审核意见	章  月 日  年

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。