附件1

传统医学师承关系人员资格审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指 导 老 师 | 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 出生年月 |  | 年 龄 |  |
| 卫生专业技术职务 |  |
| 何时受聘 |  | 在职或返聘 |  |
| 现执业机构 |  | 身 体状 况 |  |
| 学科专业 |  | 何时从事本专业工作 |  | 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 |  |
| 执业级别 |  | 执业类别 |  |
| 医师执业证书首次获得时间 | 年 月 日 |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 是否能在带教医疗机构坚持每周不少于2天的带教 |  |
| 主要学术思想、临床经验和学术专长 | 签名： 年 月 日 |
| 师承人员 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 民 族 |  |
| 出生地点 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 单位名称 |  |
| 家庭地址 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 通讯地址及邮政编码 |  |
| 跟师学习机构及地址 |  |
| 参加工作时间 |  | 现从事主要职业 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话手机 |  |
| 个 人 简 历 |
| 起止年月 | 学习（工作）单位 | 毕（结）业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 指导老师执业地点（带教单位）意见：（盖章）年 月 日 |
| 核准指导老师执业的卫生行政部门初审意见：（盖章）年 月 日 |
| 市地卫生行政部门审核意见：（盖章）年 月 日 |

附件2

传统医学师承人员申请跟师学习备案汇总表

 市（地）卫生健康委（加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 身份证号码 | 学习专业 | 联系电话 | 实践机构 | 指导老师 | 专业 | 身份证号码 | 公证时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |