附件2

传统医学师承人员备案审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **师承**  **人员**  **信息** | 姓  名 |  | | | 性  别 |  | | 照片 |
| 民  族 |  | | | 籍  贯 |  | |
| 出生年月 |  | | | 文化程度 |  | |
| 政治面貌 |  | | | 健康状况 |  | |
| 现从事  主要职业 |  | | | 跟师学习  地点 |  | | |
| 联系电话 |  | | | 身份证号码 |  | | |
| **指导**  **老师**  **信息** | 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 | | | |  | | | |
| 医师资格证书编号 | | | |  | | | |
| 医师执业证书编号 | | | |  | | | |
| 临床特长 | |  | | | | | |
| 师承人员学习经历： | | | | | | | | |
| 指导老师意见：  签字：                                         年   月  日 | | | | | | | | |
| 县级卫生健康行政部门  初审意见 | | | | （单位公章）  年   月   日 | | | | |
| 市级卫生健康行政  部门复审意见 | | | | （单位公章）  年   月   日 | | | | |
| 省级卫生健康行政部门 备案意见 | | | | （单位公章）  年   月   日 | | | | |

**注：**本审批表一式五份，省、市、县级卫生健康行政部门各留存备案一份，指导老师和师承人员各留存一份。