**编号：**

**广西传统医学师承教育项目指导老师报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **学历** |  | **民族** |  |
| **何时毕业于何校何专业** |  |
| **执业资格类别****(请另附证书复印件)** |  | **执业注册医院(请另附证书复印件)** |  | **专业职称****(请另附证书复印件)** |  |
| **全国名老中医　□　广西名老中医　 □　广西名中医　□　 其他荣誉：** |
| **专业特长** |  | **身体状况** |  |
| **工作单位** |  | **联系电话** |  |
| **E-mail** |  | **邮政编码** |  |
| **个人简历**(包括主要学习简历和主要工作简历):**签名：****时间：** |
| **理论水平及临床特长：** |

（以上两项可另附纸张）

|  |
| --- |
| **单位推荐意见：**单位负责人（签名） 单位（盖章） 年 月 日 年 月 日 **市卫生局意见：**单位（盖章） 年 月 日**广西中医药大学成人高等教育教学指导委员会审核意见：** 单位（盖章） 年 月 日 |
| 注：区直医疗卫生单位人员不填写市卫生局意见。 |