**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。 |