附 件2

**中医确有专长考核考试申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 县区卫健体委初审意见 | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 市卫健委审核意见 | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

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．相片一律用近期小二寸免冠正面半身照（报名资料同版照片）。

4．个人简历应从小学写起。