附件1

黔东南州2023年苗医药侗医药等民族医（确有专长）从业人员考核考试申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | 民 族 |  | （2寸免冠正面半身照） |
| 籍 贯 |  | | | 出生时间 |  | 出生地 |  |
|
| 从事苗侗医药等民族医年限 |  | | | 专长 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | 学历 | |  |
| 从事苗侗等民族医（确有专长）医疗机构或地点 | | | | |  | | | |
| 通讯地址及邮政编码 | | | | |  | | | |
| 联系电话（手机） | | |  | | | | 电子邮箱 |  |
| 从事苗侗等民族医（确有专长）实践简历 | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | | 从事苗侗医药等民族医情况 | | | | 地点 |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 本人技术专长述评 | | （可另附后） | | | | | | |
| 县级卫生行政部门初审意见 | | 印 章  年 月 日 | | | | | | |
| 州级卫生行政部门审核意见 | | 印 章  年 月 日 | | | | | | |

备注：1．一律用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2寸免冠正面半身照。4．个人简历应从小学写起。5. 本人技术专长述评另附后6．本表须双面打印。