附表2：

舟山市基层中医师承培养对象推荐表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 免冠2寸照 |
| 出生年月 |  | 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  |
| 最高文化程度 |  | 户籍地 | （乡镇、街道及社区、村） |
| 现工作单位及职务 |  | 拟执业地点 |  |
| 单位地址 |  | 单位电话 |  |
| 身份证号 |  | 本人电话 |  |
| 个人简历 | 主要内容包括并不限于以下几方面一、最高学历二、工作经历（包括从事医疗卫生行业工作特别是中医药工作情况）三、奖惩情况四、个人特长五、其他其中最高学历、工作经历及奖惩情况应提供书面证明（另附） |
| 报名对象签字 | 本人承诺上述情况属实，愿意承担因提供虚假信息导致的一切后果。签字：年 月 日 |
| 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）意见 | 负责人签字：（单位盖章）年 月 日 |
| 乡镇（街道）党委意见 | 负责人签字：（单位盖章）年 月 日 |
| 县（区）卫健局意见 | 负责人签字：（单位盖章）年 月 日 |
| 市卫健委意见 | 负责人签字：（单位盖章）年 月 日 |

注：1.编号不需填写；2.A4纸规格，双面打印；3.一式3份，1份由县（区）卫健局留存、1份由市卫健委留存、1份提交浙江中医药大学。