附件1

黔东南州2024年苗侗等民族医药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）**（另外上交相片粘贴右上角，请勿另装以免遗失）** |
| 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 |  |
| 从事苗侗等民族医药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 |  |
| 从事苗侗等民族医药确有专长实践简历 |
| 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（市）卫生健康局初审意见 |  印 章 年 月 日 |
| 州卫生健康局审核意见 |  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。

附件2

黔东南州2024年苗侗等民族医药专长从业人员实践活动证明

兹证明：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 从事苗医侗医医术实践活动机构名称 |  |
| 从事苗医侗医医术实践活动地址 |  市 县(区/市) 镇(街道) 村(路) 号 |
| 从事苗医侗医医术实践活动时间 | 年 月至 年 月（共计 年 月） |
| 村（居）委会（街道）推荐意见 |   盖章 ：时间： 经办人： 电话： |
| 所在乡镇卫生院或取得医疗机构许可证的公立医疗机构推荐意见 |  盖章 ：时间： 经办人： 电话： |
| 县（市）卫生健康局初审意见 |  盖章 ：时间： 经办人： 电话： |

证 明

注：由报考人员所在村（居）委会（街道）出具从事苗医药侗医药等民族医（确有专长）证明

附件3

黔东南州2024年苗侗等民族医药专长从业人员病案医案论述表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者基本信息 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 就诊时间 |  |
| 联系方式（手机） |  |  |  |
| 住址 |  |
| 患者来你处治疗时的主要情况 |  |
| 诊断 |  |
| 诊疗过程 |  |

注明：每1份实践（医案）填一张表，共需要5份

附件4

患者推荐证明

被推荐人姓名： 临床实践地点： 县（市） 乡镇（街道） 村（居）委会（社区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 家庭详细住址 | 联系方式 | 所患疾病 | 就诊时间 | 就诊信息获取途径 | 同意推荐请签字手印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告☑介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |

注明：由被报考人员诊疗过的患者推荐