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。