附件1

钦州市中医医院名中医工作室团队师承

培养项目继承人申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 学历 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业学校及专业 |  |
| 职称 |  | 取得职称时间 |  | 手机号码 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 工作单位 |  | 所在科室 |  |
| 个人简介（含大学起的学习简历、个人专业介绍） |  |
| 申报意向 | 本人自愿申请为钦州市中医医院 工作室团队学术继承人。申请人签名：年 月 日 |
| 所在单位审核意见 |  单位（盖章）： 年 月 日 |
| 名中医工作室意见 | 负责人（签字）：年 月 日  |
| 钦州市中医医院医学教育科审核意见 |  盖章： 年 月 日 |

注：此份“继承人申请表”盖章件，打包电邮至qzszyyykjk@163.com，

联系人：赵老师，0777-3788360。