附件2

第二批全国盲人医疗按摩机构知名中医药专家

学术经验继承工作继承人申报表

省/自治区/市： 编号（No.）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | | | |  | | | 出生年月 | | | |  | | 照片 | | | | | |
| 学 历 |  | | | 所学专业 | | | |  | | | 民 族 | | | |  | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | | | |  | | | 政治面貌 | | | |  | |
| 职 称 |  | | | 聘任时间 | | | |  | | | 行政职务 | | | |  | |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 从事专业及方向 |  | | | | | | | | | | 从事临床工作时间 | | | | | |  | | | | | |
| 专业特长 |  | | | | | | | | | | 身体状况 | | | | | |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | 单位电话 | | | | | |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | 住宅电话或手机 | | | | | |  | | | | | |
| 接受调剂 | 是/否 | | | | | | | | | | 视力情况 | | | | | | 全盲 矫正视力： | | | | | |
| 个人简历（包括大学以上学习经历和主要工作经历） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学  习  经  历 | 年月至年月 | | | | | 学校 | | | | | | | 专业 | | | | | 学历及学位 | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 工  作  经  历 | 年月至年月 | | | | | 单位 | | | | | | | 从事何种工作 | | | | | 职务及职称 | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| **以往在国内外公开发行期刊上发表的论文及成果奖励** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请从事继承学习的理由、是否能保证教学计划的完成**    签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在单位推荐意见（政治思想表现，医德医风，临床工作能力等）**  负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **上级主管部门推荐意见**  负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **指导老师意见（明确是否同意带教该继承人）**  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **北京按摩医院审批意见**  负责人签字： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | **中国残联审批意见**  负责人签字： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |