附件7

**广东省中医医术确有专长人员医师资格考核**

**指导老师和医疗机构意见表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报人员情况 | 姓名 |  | 身份证号码 |  | | | 联系方式 | 地址 |  | |
| 电话 |  | |
| 指导老师  基本情况 | 姓名 | |  | | 性别 |  | | 民族 | |  |
| 工作单位 | |  | | | | | 从事中医临床工作时间 | |  |
| 职称 | |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 | |  | | | | | | | |
| 临床特长 | |  | | | | | | | |
| 指导老师意见  签 字：  日 期：　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指导老师  所在医疗机构基本情况 | 医疗机构名称 |  | | |
| 地址 |  | | |
| 主要负责人 |  | 联系电话 |  |
| 登记号码  （医疗机构代码） |  | | |
| 指导老师所在医疗机构意见 | 姓名：  学习情况：    职业道德：    临床能力：  签 字（盖章）：  日 期：　　　年　　月　　日 | | | |