附件3

中医药适宜技术骨干师资推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 所在单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 技术职称 |  | | | 学历 |  |
| 现从事专业 |  | | 证书及编号 |  | |
|  | | 证书及编号 |  | |
| 所在单位意见（盖章） | | | | | |
| 县(市、区)卫健局意见（盖章） | | | | | |
| 设区市卫健委意见（盖章） | | | | | |
| 省卫健委中医药管理处意见（盖章） | | | | | |

填表说明：此表一式一份。省中医药管理局审批完成后，形成电子文档和花名册发学员和各推广基地、省中医药科学院存档。

抄送：国家中医药管理局综合司，福建省中医药学会、福建省中西医结合学会、福建省针灸学会，福建省中医体质调理学会。