附件1：

|  |
| --- |
| 中医类别医师从事精神障碍疾病诊疗考核申请表 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 工作单位 |  |
| 参加工作时间 |  | 执业类别 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 取得时间 |  |
| 医师执业证书编码 |  | 注册时间 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 培训或进修起止时间 | 培训或进修单位 | 培训或进修内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 进修或培训时间已满（ ）年，申请考核。 |
| 工作单位意见（印章）： |
|   年 月 日 |
| 考核机构意见（印章）： |
|    年 月 日 |
|
|