附件2：《授权单位资格申请表》

|  |
| --- |
| 收件日期： |
| 受理编号： |

**广东中医师承教育研究中心**

**授权单位资格申请书**

**填报单位： （**加盖公章**）**

**通讯地址：**

**邮政编码： 单位电话：**

**电子邮件：**

**联系人： 办公电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**移动电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填报时间：**

|  |  |
| --- | --- |
| **主办：广东中医师承教育研究中心** |  |
| **支持：广东省中医药局** |

填写说明

1. 填写本申请书前请认真阅读填写说明，并按照申请书中各项要求如实填写，要求层次分明，文字精练、准确，不得使用非规范用语，外文词语应注明对应的中文。

2.本申请书用于广东中医师承教育研究中心未获得授权资格的单位申报和审核。

3.广东中医师承教育研究中心将组织专家委员会专家对授权单位资格进行集中论证、评审，中心将通过规定的程序予以公示发布。

4.对未通过评审的授权单位，不再逐一向申请机构反馈有关信息（自申请书送达之日起6个月仍未接到通知，视为未通过评审）。

5.本申请书请用A4纸打印，左侧装订，一式4份，其中2份原件，2份复印件，并将相应电子文档发送到中心秘书电子邮箱：[liang\_msc@zyscedu.com](mailto:liang_msc@zyscedu.com) 。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **对中医师承教育有关法律法规及管理部门的了解** | | 请列出对中医师承教育有特殊约束的相关法律法规名称及条款，并注明行政主管部门或行业协会名称 | | | | | | | | | |
| 请列出现有中医师承教育相关或相近的项目名称，并阐述其本质区别 | | | | | | | | | |
| 请列出社会从业人员中可应用中医师承教育的职业名称及服务对象 | | | | | | | | | |
| **申请授权的单位概况** | | 说明本单位的主营业务及市场占有情况： | | | | | | | | | |
| 附件1：营业执照 | | | | | | □是 □否 | | | |
| 附件2：民办非企业单位登记证书 | | | | | | □是 □否 | | | |
| 附件3：办学的相关资质证书 | | | | | | □是 □否 | | | |
| 附件4：其他证明本单位有能力开展招生任务的资质证书 | | | | | | □是 □否 | | | |
| 说明本单位与中医师承教育直接相关的业务内容和客户群体： | | | | | | | | | |
| 说明本单位开展中医师承教育招生工作有关的社会关系（包括但不限于与行政主管部门、行业协会、其他企业伙伴的关系） | | | | | | | | | |
| 说明本单位开展中医师承教育招生工作的构想： | | | | | | | | | |
| **申请单位可承担工作的负责人信息** | | 姓 名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | | 民族 |  | |
| 教育程度 | |  | 职务 |  | | 工作年限 | | |  | | |
| 办公电话 | |  | | 移动电话 | |  | | | | | |
| 主要工作经历 | |  | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 民族 | |  | |
| 教育程度 | |  | 职务 |  | | 工作年限 | |  | | | |
| 办公电话 | |  | | 移动电话 | |  | | | | | |
| 主要工作经历 | |  | | | | | | | | | |

（此表根据实际人数进行复制）

广东中医师承教育研究中心2017年监制