附件2

江苏省非物质文化遗产代表性项目代表性传承人丧失传承能力认定申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 证件照 | |
| 民族 |  | 出生年月  **（以身份证为准）** |  |
| 文化程度 |  | 出生地  **（至少精确到设区市）** |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮编 |  |
| 从艺起始年 |  | 认定为省级代表性传承人时间  **（具体到年月）** | | |  |
| 个人简历  （500字以内） |  | | | | |
| 申请理由 | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | |
| 县（市、区）文化和旅游部门意见 | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | |
| 设区市文化和旅游部门意见 | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | |
| 省文化和旅游部门意见 | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | |

（需提供丧失传承能力的相关医学证明材料）