附件3

中医医术确有专长人员（师承学习人员）

医师资格考核申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 现从事主要职业 |  |
| 工作单位 |  |
| 家庭地址 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮 编 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 跟师学习地点 |  | 跟师学习时间 | 年 月至 年 月 |
| 医术专长 |  | 近五年服务人数 |  |
| 文化学习经历 |  |
| 跟师学习医术及实践经历 |  |
| 医术专长综述 | 包括医术的基本内容及特点描述、适应症或适用范围、安全性、有效性、医术潜在的风险性及防范措施的说明等。 |
| 回顾性中医医术实践资料5例（需提供患者真实姓名、住址、电话，以附件形式附后） |
| 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。本人签字：　　　　　　日 期：　　　年　　月　　日  |
| 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（介绍师承人员临床实践时长是否达到要求，跟师学习笔记是否齐全，跟师学习内容是否符合要求；临床实践职业道德情况，中医基础理论、基本技能掌握程度，申报专长的独特性、安全性及疗效等。）出师结论：本人承诺以上内容属实，如有虚假，愿按照国家卫生计生委令第15号的规定承担相应的法律责任。 签 字：日 期：　　　年　　月　　日  |

推荐材料一

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 本人承诺： 已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》和《湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则(试行)》对推荐医师的要求。从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。 了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。愿意配合审核部门的调查核实工作。 推荐意见：（包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。）推荐医师签字：　 年 　月 　日 |

推荐材料二

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 本人承诺： 一、已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》和《湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则(试行)》对推荐医师的要求。二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。 四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。五、愿意配合审核部门的调查核实工作。 推荐意见：（包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。）推荐医师签字：　 年 　月 　日 |
| 县级中医药主管部门意见 | （初审意见） 审核人签字  单位负责人签字  （单位公章） 年 　月 　日  |
| 地市级中医药主管部门意见 | （复审意见） 审核人签字  单位负责人签字  （单位公章）  年 　月 　日  |
| 省级中医药主管部门意见 | （审核意见） 审核人签字  单位负责人签字  （单位公章）  年 　月 　日  |

附件4

中医医术确有专长人员（多年实践人员）

医师资格考核申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 现从事主要职业 |  |
| 工作单位 |  |
| 家庭地址 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮 编 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 医术实践地点 |  | 医术实践时间 | 年 月至 年 月 |
| 医术专长 |  | 近五年服务人数 |  |
| 学习途径 | 自学□　　　　　　家传□　　　　　　跟师□　　　　　　自创□ |
| 个人学习经历 | 包括文化教育具体情况（时间、学历、学校、专业等）；中医药学习具体情况（学习的时间、地点和过程内容等）。 |
| 医术渊源 | 包括中医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。 |
| 医术实践经历 | 包括具体实践时间、地点和详细地址、实践形式等。 |
| 医术专长综述 | 包括医术的基本内容及特点描述、适应症或适用范围、安全性、有效性、医术潜在的风险性及防范措施的说明等。 |
| 回顾性中医医术实践资料5例（需提供患者真实姓名、住址、电话，以附件形式附后） |
| 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。本人签字：　　　　　　日 期：　　　年　　月　　日 |

推荐材料 一

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 本人承诺： 一、已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》和《湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则(试行)》对推荐医师的要求。二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。 四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。五、愿意配合审核部门的调查核实工作。 推荐意见：（包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。）推荐医师签字：　 年 　月 　日 |

推荐材料 二

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 本人承诺： 一、已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》和《湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则(试行)》对推荐医师的要求。二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。 四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。五、愿意配合审核部门的调查核实工作。 推荐意见：（包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。）推荐医师签字：　 年 　月 　日 |
| 县级中医药主管部门意见 | （初审意见） 审核人签字  单位负责人签字  （单位公章） 年 　月 　日  |
| 地市级中医药主管部门意见 | （复审意见） 审核人签字  单位负责人签字  （单位公章）  年 　月 　日  |
| 省级中医药主管部门意见 | （审核意见） 审核人签字  单位负责人签字  （单位公章）  年 　月 　日  |

附件 5

继 续 跟 师 学 习 证 明

申请人于××年××月与指导老师 签订跟师学习合同并公证，至××年××月跟师三年期满。

并于××年××月至××年××月继续跟随指导老师学习满两年。

特此证明。

指导老师(签字) ：

 年 月 日

附件 6

指导老师从事中医临床工作

满15年证明

兹有医师 （身份证号码： ），自

 年 月 日至 年 月 日

在 （医疗机构） （科室）

从事中医 （专业）临床工作，已满 年。

特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

 年 月 日

附件7

推荐医师从事中医临床工作

满10年证明

兹有医师 （身份证号码： ），自

 年 月 日至 年 月 日

在 （医疗机构） （科室）

从事中医 （专业）临床工作，已满 年。

特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日

附件8

多年实践人员从事中医医术实践活动

满五年证明

（供村（居）委会或县级中医药主管部门用）

兹证明：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 身份证号 |  |
| 从事中医医术实践活动机构名称 |  |
| 从事中医医术实践活动地址 |  市 县(区/市) 镇(街道) 村(路) 号 |
| 从事中医医术实践活动时间 |  年 月至 年 月（共计 年 月） |

说明：如申报人在申报材料中涉及多个医术实践地点的，每个实践点均须提供此表。

单位名称（盖章）：

 年 月 日

附件9

患者推荐证明

被推荐者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐患者姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | 现联系电话 |  |
| **通讯地址** |  |
| 推荐患者就诊情况 | 就诊时间 | 年 月 日 | 就诊时年龄 |  |
| 就诊机构名称 |  |
| 就诊地点 |  |
| 所患疾病（或就诊原因） |  |
| 推荐理由 | 简要介绍诊疗过程、治疗效果等。 |
| 承诺意见：本人自愿推荐 参加 年度湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核。本表填报的信息全部真实准确，如有虚假并造成不良后果，本人愿意承担一切后果。同时承诺本人与被推荐者不存在近亲属或利害关系，并配合审核部门的调查核实工作。推荐人签名并按手印： 年 月 日 |

注：该证明用于申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核，请如实填写。

附件10

中医医师指导中医医术实践活动情况表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指导医师基本情况 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 执业类别 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 主要执业机构 |  | 所在科室 |  |
| 申报人基本情况 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 申报的医术专长 |  |
| 指导中医医术实践活动的机构名称 |  |
| 指导中医医术实践活动的地址 | 市 县(市/区) 镇(街道) 村(路) 号 |
| 指导中医医术实践活动的时间 |  年 月至 年 月（共 年 月） |
| 指导医师意见 | （介绍申报人的临床实践、职业道德情况，中医基础理论、基本技能掌握程度，申报专长特点、安全性、疗效等） |
| 指导医师承诺 | 本人已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》对指导医师的要求，本人符合指导医师条件。本人承诺，以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。同时，承诺配合审核部门的调查核实工作。指导医师签名：　年　月　日 |

说明：多年实践人员所从事中医医术实践活动时间全部或部分在《中华人民共和国中医药法》（2017年7月1日）施行后的，由指导医师填写。附件11

回顾性中医医术实践资料

**申报人： 申报专长：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 患者性别 |  |
| 患者年龄 |  | 患者电话 |  |
| 患者住址 |  |
| 主诉： |
| 病史： |
| 辩证分析（病因、病机、证型）： |
| 诊断： |
| 治法和处方： |
| 病例分析及效果总结： |

提示：

1.此表由申请人自行填写，填写信息应真实、有效，患者联系电话应保持畅通、可供追溯，以便中医药管理部门核查。

2.主诉、病史、辨证分析、治法和处方应根据患者就诊情况进行描述。