附件2

中医医术确有专长人员医师资格考核申请表

（师承学习人员）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 病类（或病名）： | | | | | 代码： | | |
| 内服方药 | | | □ | | 近五年服务人数 | |  |
| 外治技术 | | | □ | |
| 内服方药和外治技术同用 | | | □ | |
| 外治技术： | | | | | | | |
| 文化学习经历 |  | | | | | | | |
| 跟师学习医术及实践经历 |  | | | | | | | |
| 医术专长综述 | 1.医术的基本内容及特点描述  2.医术专长适应症或适用范围  3.医术安全性  4.医术有效性  5.医术潜在的风险性及防范措施  6.能够证明医术专长确有疗效的相关证明资料（如：医学期刊、报刊发表的论文、发明专利、县域辖区医院出具的疗效评价结论、县级及县级以上中医药行政管理部门认定的其它资料） | | | | | | | |
| 回顾性中医医术实践资料  需提供患者真实姓名、住址、电话，且提供的病历均应与所报医术专长内容相符。申报“某一类”疾病，此病类下每个疾病应提供一份病历，总数不少于5份；申报“某一个”疾病，提供的病历总数不少于5份；资料以附件形式附后。 | | | | | | | | |
| 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 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  | 民族 |  | 从事中医临床工作时间 | (年) |
| 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（跟师学习情况书面评价意见及出师结论）  签 字：  年 月 日 | | | | | | |
| **粘贴页**（指导老师身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证复印件） | | | | | | |

推荐材料一

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推 荐 医 师 基 本 情 况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 职称 |  | 专业 |  | 联系电话 |  |
| 从事中医临床工作时间 | 年 月 至 年 月 | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 医师资格证书编码 |  | | | | |
| 医师执业证书编码 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 推 荐 医 师 意 见 | （推荐意见：含被推荐人基本情况、医术专长及推荐理由等）  **本人已悉知推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是本人真实意见的表达，本人承诺推荐内容真实准确，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受有关法律法规的处罚。**  推荐医师签字：  年 月 日 | | | | | |
| **粘贴页**（推荐医师一：身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证复印件） | | | | | | |

推荐材料二

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推 荐 医 师 基 本 情 况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 职称 |  | 专业 |  | 联系电话 |  |
| 从事中医临床工作时间 | 年 月 至 年 月 | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 医师资格证书编码 |  | | | | |
| 医师执业证书编码 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 推 荐 医 师 意 见 | （推荐意见：含被推荐人基本情况、医术专长及推荐理由等）  **本人已悉知推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是本人真实意见的表达，本人承诺推荐内容真实准确，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受有关法律法规的处罚。**  推荐医师签字：  年 月 日 | | | | | |
| **粘贴页**（推荐医师一：身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证复印件） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 现场辨识中药申报表 | 1 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | | |
| 2 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | | |
| 3 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | | |
| 4 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | | |
| 5 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | | |
| 汇总 | | 常用方剂共 首 | | | | | | | | | | |
| 常用药物 味（不少于50种），填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。 | | | | | | | | | | |
| 是否有毒性药物 □ 否 ，□ 是。  如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核使用。 | | | | | | | | | | |
| （一）常用药物表 | | | | | | | | | | | | |
| 序  号 | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 | |
| 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | 4 |  | 5 |  | |
| 6 |  | | 7 |  | | 8 |  | 9 |  | 10 |  | |
| 11 |  | | 12 |  | | 13 |  | 14 |  | 15 |  | |
| 16 |  | | 17 |  | | 18 |  | 19 |  | 20 |  | |
| 21 |  | | 22 |  | | 23 |  | 24 |  | 25 |  | |
| 26 |  | | 27 |  | | 28 |  | 29 |  | 30 |  | |
| 31 |  | | 32 |  | | 33 |  | 34 |  | 35 |  | |
| 36 |  | | 37 |  | | 38 |  | 39 |  | 40 |  | |
| 41 |  | | 42 |  | | 43 |  | 44 |  | 45 |  | |
| 46 |  | | 47 |  | | 48 |  | 49 |  | 50 |  | |
| （二）有毒药物表 | | | | | | | | | | | | |
| 序  号 | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 | |
| 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | 4 |  | 5 |  | |
| 6 |  | | 7 |  | | 8 |  | 9 |  | 10 |  | |
| 11 |  | | 12 |  | | 13 |  | 14 |  | 15 |  | |
| 16 |  | | 17 |  | | 18 |  | 19 |  | 20 |  | |
| 解毒方法： | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |

**填表说明**

1.本表供中医医术确有专长人员（师承学习人员）申请参加医师资格考核时使用。

2.一律用钢笔或签字笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

5.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

6.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

7.身份证号码：二代身份证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证等其他有效身份证明编号。

8.跟师学习地点：应具体到跟师学习及临床实践医疗机构。

9.医术专长：应包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围，具体按照《陕西省中医医术确有专长人员医师资格考核报名暂行规定（修订版）》执行。

10.近五年服务人数：是指近五年内在指导老师指导下应用医术专长服务的人数。

11.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、安全性及有效性的说明等。

12.指导老师基本情况：需附指导老师医师资格证书、医师执业证书复印件，中医类副主任医师以上专业技术职务任职资格证书复印件或者指导老师工作单位出具的从事中医临床工作十五年以上证明材料。

13.指导老师意见：包括对学生跟师学习情况的评价意见及出师结论等。

14.推荐医师基本情况：需附推荐医师身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证书复印件。

15.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

中医医术确有专长人员医师资格考核申请表

（多年实践人员）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 病类/病名： | | | | | 代码： | | |
| 内服方药 | | | □ | | 近五年服务人数 | |  |
| 外治技术 | | | □ | |
| 内服方药和外治技术同用 | | | □ | |
| 外治技术： | | | | | | | |
| 个人学习经历 |  | | | | | | | |
| 医术实践经历 |  | | | | | | | |
| 医术渊源 | 中医医术传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等 | | | | | | | |
| 接触中医时间、学习或掌握的中医典籍、掌握的主要中医学术思想等 | | | | | | | |
| 医术专长综述 | 1.医术的基本内容及特点描述  2.医术专长适应症或适用范围  3.医术安全性  4.医术有效性  5.医术潜在的风险性及防范措施  6.能够证明医术专长确有疗效的相关证明资料（如：医学期刊、报刊发表的论文、发明专利、县域辖区医院出具的疗效评价结论、县级及县级以上中医药行政管理部门认定的其它资料） | | | | | | | |
| 回顾性中医医术实践资料  需提供患者真实姓名、住址、电话，且提供的病历均应与所报医术专长内容相符。申报“某一类”疾病的，此病类下每个疾病应提供一份病历，总数不少于5份；申报“某一个”疾病，提供的病历总数不少于5份；资料以附件形式附后。 | | | | | | | | |
| 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 |  |
| 职称 |  | 专业 |  | 联系电话 |  |
| 从事中医临床工作时间 | 年 月 至 年 月 | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 医师资格证书编码 |  | | | | |
| 医师执业证书编码 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 推 荐 医 师 意 见 | （推荐意见：含被推荐人基本情况、医术专长及推荐理由等）  **本人已悉知推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是本人真实意见的表达，本人承诺推荐内容真实准确，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受有关法律法规的处罚。**  推荐医师签字：  年 月 日 | | | | | |
| **粘贴页**（推荐医师一：身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证复印件） | | | | | | |

推荐材料二

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推 荐 医 师 基 本 情 况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 职称 |  | 专业 |  | 联系电话 |  |
| 从事中医临床工作时间 | 年 月 至 年 月 | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 医师资格证书编码 |  | | | | |
| 医师执业证书编码 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 推 荐 医 师 意 见 | （推荐意见：含被推荐人基本情况、医术专长及推荐理由等）  **本人已悉知推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是本人真实意见的表达，本人承诺推荐内容真实准确，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受有关法律法规的处罚。**  推荐医师签字：  年 月 日 | | | | | |
| **粘贴页**（推荐医师一：身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证复印件） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 现场辨识中药申报表 | 1 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 2 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 3 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 4 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 5 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 汇总 | | 常用方剂共 首 | | | | | | | | | |
| 常用药物 味（不少于50种），填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。 | | | | | | | | | |
| 是否有毒性药物 □ 否 ，□ 是。  如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核使用。 | | | | | | | | | |
| （一）常用药物表 | | | | | | | | | | | |
| 序  号 | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 |
| 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | | 7 |  | | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | | 12 |  | | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | | 17 |  | | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| 21 |  | | 22 |  | | 23 |  | 24 |  | 25 |  |
| 26 |  | | 27 |  | | 28 |  | 29 |  | 30 |  |
| 31 |  | | 32 |  | | 33 |  | 34 |  | 35 |  |
| 36 |  | | 37 |  | | 38 |  | 39 |  | 40 |  |
| 41 |  | | 42 |  | | 43 |  | 44 |  | 45 |  |
| 46 |  | | 47 |  | | 48 |  | 49 |  | 50 |  |
| （二）有毒药物表 | | | | | | | | | | | |
| 序  号 | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 |
| 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | | 7 |  | | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | | 12 |  | | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | | 17 |  | | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| 解毒方法： | | | | | | | | | | | |
| 推荐证明材料（（1）和（2）任选一项，（3）为必填） | （1）县级中医药主管部门证明 | | | | | | | | | | | |
| 证明内容：  联系人： 联系方式： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| （2）所在居委会、村委会证明 | | | | | | | | | | | |
| 证明内容：  联系人： 联系方式： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （3）至少十名患者推荐证明 | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 家庭详细住址 | 联系方式 | 所患疾病 | 就诊时间 | 就诊信息获取途径 | 同意推荐请签字并按手印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名  □其他 |  |

备注：十名患者所患疾病必须与所报医术专长相符

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

**填表说明**

1.本表供中医医术确有专长人员（多年实践人员）申请参加医师资格考核时使用。

2.一律用钢笔或签字笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

5.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

6.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

7.身份证号码：二代身份证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证等其他有效身份证明编号。

8.医术实践地点：应具体到XX省XX市XX县（区）XX乡（镇、街道）。

9.医术专长：应包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围。

10.近五年服务人数：是指近五年内应用医术专长服务的人数。

11.医术渊源：包括中医医术传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。

12.个人学习经历：包括文化学习和医术学习经历。

13.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、安全性及有效性的说明等。

14.推荐医师基本情况：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书、职称证书复印件。

15.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。