附件

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 县级  编号 | D | 市级  编号 | D | 省级  编号 | D |

黑龙江省中医医术确有专长人员 (多年实践人员)

医师资格考核申报资料目录

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人填写 | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | 年龄 |  |
| 身份证号 | |  | | 联系方式 (手机) | | |  | |
| 联系地址 | |  | | | 邮编 | |  | |
| 实践机构 (地点) 名称 | | 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 申报的专长名称 | |  | | | | | | |
| 申报技术方法类 别 (勾选一项 ) | | □内服方药类 | □外治技术类 | | | □内服方药和外治技术 类 | | |
| 提交材料目录 | | | | | | | | |
| 序号 | 材料名称 | | | | | | | |
| 1 | 国家中医药管理局统一样式《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》一式 2 份 | | | | | | | |
| 2 | 考生有效身份证明复印件 2 份 | | | | | | | |
| 3 | 中医医术专长综述 6 份及相关佐证材料原件 1 份 | | | | | | | |
| 4 | 回顾性中医医术实践 (病案) 资料汇总表及相关图片资料、影像资料原件各 1 份、 5 例回顾性中医医术实践 (病案) 资料原件 6 份 | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | 推荐医师有效身份证明、《医师资格证书》《医师执业证书》《专业技术职务任  职资格证书》复印件各 1 份 |
| 6 | 黑龙江省中医医术确有专长人员 (多年实践人员) 医师资格考核承诺书原件 1 份 |
| 7 | 医术渊源的相关证明材料 1 份 |
| 8 | 申请人近期二寸免冠白底彩色照片 2 张 |
| 9 | 长期临床实践所在地县级以上中医药主管部门或者所在居委会、村委会出具的从 事中医医术实践活动满五年证明，或者至少十名患者的推荐证明及统计表原件 1 份 |
| 10 | 现场辨识中药申报表原件 4 份 |
| 11 | 《传统医学医术确有专长证书》复印件 1 份 |
| 12 | 《乡村医生执业证书》复印件 1 份 |
| 本人对以上提交材料的真实性做出承诺，如弄虚作假自愿承担其相应的法律责任。 承诺人签名：  年 月 日 | |

备注：1.申请人所填写个人信息、 申报材料等均需与报名系统一致；

2.编号由各级卫生健康行政部门统一填写，D 为多年实践人员，规则为 D 地区年份-序列号，如 D 南岗区 2023-0001 号。