附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 县级  编号 | S | 市级  编号 | S | 省级  编号 | S |   黑龙江省中医医术确有专长人员（师承学习人员）  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（师承学习人员）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 | 经县级以上公证机关公证的跟师学习合同复印件1份 | | | | | | | | |
| 6 | 指导老师的有效身份证明、《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原件1份 | | | | | | | | |
| 7 | 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 | | | | | | | | |
| 8 | 黑龙江省中医医术确有专长人员（师承学习人员）医师资格考核承诺书原件1份 | | | | | | | | |
| 9 | 申请人近期二寸免冠白底彩色照片2张 | | | | | | | | |
| 10 | 实践机构《医疗机构执业许可证》副本复印件（加盖公章）1份 | | | | | | | | |
| 11 | 现场辨识中药申报表原件4份 | | | | | | | | |
| 12 | 《传统医学师承人员出师证书》复印件1份 | | | | | | | | |
| 13 | 学习笔记、临床实践记录等连续跟师学习中医满五年的证明材料原件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，S为师承人员，规则为S地区年份-序列号，如S南岗区2024-0001号。

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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2024-0001号。

附件3

各地市中医医术确有专长人员医师资格

考核政策咨询方式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 地 市 | 咨询电话 |
| 1 | 哈尔滨市 | 0451-84664507 |
| 2 | 齐齐哈尔市 | 0452-2795405 |
| 3 | 牡丹江市 | 0453-6172691 |
| 4 | 佳木斯市 | 0454-8775017 |
| 5 | 大庆市 | 0459-4663610 |
| 6 | 鸡西市 | 0467-2314015 |
| 7 | 双鸭山市 | 0469-8555033 |
| 8 | 伊春市 | 0458-3907532 |
| 9 | 七台河市 | 0464-8669052 |
| 10 | 鹤岗市 | 0468-6168036 |
| 11 | 黑河市 | 0456-8223115 |
| 12 | 绥化市 | 0455-8388670 |
| 13 | 大兴安岭地区 | 0457-2125169 |