中医医术确有专长人员（多年实践人员）

附件1-2

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 | 中医药技术方法 | |  | | | 近五年  服务人数 | |  |
| 治疗病症范围 | |  | | |
| 请在下方横线处抄写：  **“本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假、填报错误，个人自行承担后果。”**  本人签字：  日 期：　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 县（区）卫生健康委  审核意见：  审核员签字：  审核负责人签字：  单位负责人签字：  （单位公章）  年 月 日 | | 省辖市卫生健康委  审核意见：  审核员签字：  审核负责人签字：  单位负责人签字：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | 河南省卫生健康委  审核意见：  审核员签字：  审核负责人签字：  单位负责人签字：  （单位公章）  年 月 日 | |
| 文化学习  经历 |  | | | | | | | |
| 跟师学习  医术及实践  经历 |  | | | | | | | |
| 医术专长  综述 | （可附页） | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **回顾性中医医术实践资料（第1例）**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 姓名 |  | 联系电话 |  | | 地址 |  | | | | 实践描述 |  | | |   **回顾性中医医术实践资料（第2例）**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 姓名 |  | 联系电话 |  | | 地址 |  | | | | 实践描述 |  | | |   **回顾性中医医术实践资料（第3例）**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 姓名 |  | 联系电话 |  | | 地址 |  | | | | 实践描述 |  | | |   **回顾性中医医术实践资料（第4例）**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 姓名 |  | 联系电话 |  | | 地址 |  | | | | 实践描述 |  | | |   **回顾性中医医术实践资料（第5例）**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 姓名 |  | 联系电话 |  | | 地址 |  | | | | 实践描述 |  | | |   中医医术确有专长医师考核推荐医师信息表一 | | | | | |
|  |  |  | |  |  |
| 推荐  医师  基本  情况 | 姓名 |  | | 性别 |  |
| 职称 |  | | 民族 |  |
| 专业 |  | | 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 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | |
| 本人自愿推荐 ，身份证号 ，参加 年度河南省中医医术确有专长考核，本人对其中医专长学习实践经历熟悉，评估其中医专长疗效确切，符合《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》推荐要求，特此推荐。  根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》“第三十七条 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”。 | | | | | |
| 推荐  医师  意见 | 本人已知悉上述推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是我本人真实意见的表达，遵守推荐医师相关要求，不进行有偿推荐，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受相关处罚条款。  推荐医师签字（按指印）：  　 年 　月 　日 | | | | |
| 推荐医师所在单位意见 | 推荐医师 系我院职工，经核实，该医师系自愿推荐，非有偿推荐。  推荐医师所在单位盖章  　 年 　月 　日 | | | | |
|  | | | | | |
| 中医医术确有专长医师考核推荐医师信息表二 | | | | | |
| 推荐  医师  基本  情况 | 姓名 | |  | 性别 |  |
| 职称 | |  | 民族 |  |
| 专业 | |  | 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 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | |
| 本人自愿推荐 ，身份证号 ，参加 年度河南省中医医术确有专长考核，本人对其中医专长学习实践经历熟悉，评估其中医专长疗效确切，符合《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》推荐要求，特此推荐。  根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》“第三十七条 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”。 | | | | | |
| 推荐  医师  意见 | 本人已知悉上述推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是我本人真实意见的表达，遵守推荐医师相关要求，不进行有偿推荐，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受相关处罚条款。  推荐医师签字（按指印）：  　 年 　月 　日 | | | | |
| 推荐医师所在单位意见 | 推荐医师 系我院职工，经核实，该医师系自愿推荐，非有偿推荐。  推荐医师所在单位盖章  　 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.本表通过报名系统填写并打印，需要申请人书写事项，用黑色钢笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.第1－5页由申请人在报名系统中填写，各级中医药主管部门填写并加盖公章，第6-7页由推荐医师在报名系统中填写，并加盖公章。

4.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.照片应为申请人6个月内符合报名规定要求的小二寸免冠白底照片。

6.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

7.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

8.医术实践地点：应具体到XX省（区、市）XX市（地、州、盟）XX县（区、旗）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。

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、医师执业证书原件、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。