附件2

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 | 县(区) 街道 门牌号 | | 医术实践时间 | | 年 月至 年 月 | |
| 医术专长 |  | | | | 近5年  服务人数 |  |
| 学习途径 | □自学 □家传 □跟师 | | | | | |
| 医术渊源 |  | | | | | |
| 个人学习  经历 |  | | | | | | |
| 医术实践  经历 |  | | | | | | |
| 医术专长  综述 |  | | | | | | |
| 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6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 |  |
| 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 |  | | |
| 推 荐 医 师 意 见 | 推荐医师签字：  年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| 推 荐 医 师 意 见 | 推荐医师签字：  年 月 日 | | | |

推荐材料二

|  |  |
| --- | --- |
| 县级  卫生健康  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  卫生健康  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  卫生健康  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.表格第1-2页由申请人填写，第3-4页由推荐医师填写，第5页由各级卫生健康部门填写。

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彩色正面照片。

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.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)。

8.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。

9.近五年服务人数：是指近5年内应用医术专长服务的人数。

10.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。

11.个人学习经历：包括文化学习和医术学习经历。

12. 医术专长综述：不少于1500字，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。

13.推荐医师基本情况：需附推荐医师医师身份证、资 格证书、医师执业证书复印件和医疗机构执业许可证复印件加盖公章，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15年以上证明材料。

14.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。