附件

表1

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 | |  | | 照 片  （近期二寸  免冠白底） |
| 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 | 使用的  中医药  技术方法 | | |  | | | | 近五年  服务人数 |  |
| 擅长治疗的  病证范围 | | |  | | | |
| 文化  学习  经历 | |  | | | | | | | |
| 跟师  学习  医术  及  实践  经历 | |  | | | | | | | |
| 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，可附页） | | | | | | | |
| 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，并纳入失信人员名单。  本人签字：  日 期：　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |

指导老师基本情况及意见

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指导老师  基本情况 | 姓名 |  | 性别 | |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | | | | 从事中医临床工作时间 |  |
| 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（对跟师学习情况的评价）：  出师结论：同意 （学生姓名）出师，并按以下专长申请医师资格考核。  使用的中医药技术方法：  擅长治疗的病证范围：  本人承诺上述内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。  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 | （包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。  推荐医师签字：  　 年 　月 　日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐材料 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 | |  | | |
| 推  荐  医  师  意  见 | （包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。  推荐医师签字：  　 年 　月 　日 | | | | |
| 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. 第1－2页由申请人填写，第3页由申请人的指导老师填写，第4-5页由2名推荐医师分别填写，第6页由各级中医药主管部门分别填写。

4. 表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5. 照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

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. 身份证号码：也可填写军官证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、港澳台居民居住证等其他有效身份证明编号。

9. 跟师学习地点：应具体到跟师学习及临床实践的医疗机构。跟师学习地点不止一个的，都应填写。

10. 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。

11. 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。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

15. 推荐医师基本情况：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书复印件。

16. 推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

表2

中医师承学习人员跟师合同书

**指 导 老 师**

**师 承 人 员**

**签 订 日 期**

**公 证 日 期**

甲方（指导老师）： 乙方（师承人员）：

姓名： 姓名：

性别： 性别：

出生年月： 出生年月：

单位名称及地址： 单位名称及地址或家庭住址：

依据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（原国家卫生和计划生育委员会第15号令）及《福建省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则（试行）》的有关规定，经指导老师与师承人员甲乙双方在平等自愿、协商一致的原则下，建立师承学习关系，双方订立合同如下：

1. 师承教学时间：自 年 月 日至 年 月 日止，每周（法定长假及其他特殊情况除外）跟指导老师临床或实际操作的时间不少于一天（一个工作日只跟师半天的按0.5天计算），五年累计跟指导老师临床或实际操作的时间不少于二百五十天。师承人员应认真做好每一次跟师学习笔记，每季度至少撰写一篇不少于一千字的学习心得、临床体会或指导老师的临床经验整理，指导老师应予批阅、指导，批语须在一百字以上。以上材料应标明撰写时间。

二、师承教学的地点(需为合法医疗机构)：

三、师承教学的基本目标（包括职业道德及业务水平）：

四、师承教学的主要内容：

1．中医专业基础知识与基本技能：

2．中医学术经验：

3．中医技术专长：

五、师承教学的方式方法：

六、指导老师职责：

自觉遵守国家的法律、法规，具有良好的医德医风，严谨的科学态度，爱岗敬业，为人师表，保证临床（实践）带教时间，精心组织教学，悉心传授学术经验和技术专长，按照确定的师承教学计划，保质保量的完成带教任务。

七、师承人员职责：

自觉遵守国家的法律、法规，服从师承教学所在医疗机构的管理，具有良好的医德医风，严谨的科学态度，勤奋好学，尊师守纪，保证跟师学习时间。虚心刻苦学习指导老师的临床经验和技术专长，认真做好跟师笔记，及时归纳整理，并加以研究。诚实地接受指导老师和管理部门的检查和考核，完成教学计划确定的学习任务，努力提高自身的职业道德、业务素质和水平。

八、其它：

本合同一式三份,双方签字后经公证机构公证，合同自公证之日起生效,甲乙双方各执一份，具同等法律效力，另一份由公证机构留存备案。

甲方（签字或盖章）： 乙方（签字或盖章）：

签订日期： 年 月 日 签订日期： 年 月 日

注：1. 签订本合同必须用钢笔（或签字笔）书写，不得使用圆珠笔。

2. 本合同书应经指导老师单位所在地县级以上公证机构公证。

表3 福建省中医医术确有专长人员

（师承学习人员）登记备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登记编号： | | | | | | | | | | | | | |
| 师承人员信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | | | 性别 | |  | 身份证号码 |  | | | |
| 学 历 |  | | | 专 业 | |  | | | 毕业学校 |  | | | |
| 跟师学习专业 | | | |  | | | | | | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | 通讯地址 |  | | | |
| 师承教学  地点（医疗机构名称） | | |  | | | | | | 公证书编号 |  | | | |
| 指导老师信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | | | 性别 |  | 身份证号码 |  | | | |
| 单 位 | |  | | | | | | 职称 |  | | | 工作年限 |  |
| 医师资格  证书编号 | |  | | | | | | | 医师执业  证书编号 | |  | | |
| 执业范围 | |  | | | | | | | 专长专业 | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | 通讯地址 | |  | | |
| 师承教学  时间 | | 自 年 月 日至 年 月 日（以公证时间为准） | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构  审核意见 | | | | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 县（市、区）卫计局  审核意见 | | | | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | |

注：登记编号由县（市、区）卫生计生行政部门填写，格式为：XX县（市、区）+年份+备案顺序编号，请各地认真填写，定期汇总上报设区市和省级卫生计生行政部门备案。

表4

师承学习人员继续跟师学习满两年证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | 通讯地址 | |  | | | | |
| 3年  师承合同  公证书号 | |  | | | | | 师承教学  地点（医疗机构名称） | |  | | |
| 师承教学  时 间 | | 自 年 月 日 至 年 月 日  （注：以经公证的跟师合同规定的起止时间为准） | | | | | | | | | |
| 原跟师学习专业 | | |  | | | | | | | | |
| 继续跟师学习的指导老师信息 | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 单 位 | |  | | | 职 称 |  | | | | 工作年限 |  |
| 医师资格  证书编号 | |  | | | | | 医师执业  证书编号 |  | | | |
| 执业范围 | |  | | | | | 专长专业 |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | 通讯地址 |  | | | |
| 继续跟师  学习时间 | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 继续跟师学习专业 |  | | | | | | | | | | |
| 指  导  老  师  证  明 | 继续跟师学习满两年书面评价意见：  本人承诺评价内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。  指导老师签字：  　 年 　月 　日 | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医  疗  机  构  证  明 | 对师承人员学习情况、执业道德、临床能力评价：  本医疗机构承诺评价内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。    法定代表人/负责人（签字）    医疗机构（盖章）  　 年 　月 　日 |

注：本表针对已按照《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（原卫生部第52号令）和《福建省传统医学出师考核和确有专长考核工作方案》（闽卫中〔2013〕74号）规定签订跟师3年的师承合同并公证，且实际已跟师学习满3年的人员，用以证明其实际存在继续跟师学习或临床实践满2年。

表5

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 | | | |  | | | 医术实践时间 | | 年 月至 年 月 | |
| 医  术  专  长 | 使用的  中医药  技术方法 | | | |  | | | | 近五年  服务人数 |  |
| 擅长治疗的  病证范围 | | | |  | | | |
| 学习途径 | | | 自学□　　　　　　家传□　　　　　　跟师□　　　　　　自创□ | | | | | | | |
| 医术  渊源 | |  | | | | | | | | |
| 个人  学习  经历 | |  | | | | | | | | |
| 医术  实践  经历 | |  | | | | | | | | |
| 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，可附页） | | | | | | | | |
| 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，并纳入失信人员名单。  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 | （包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。  推荐医师签字：  　 年 　月 　日 | | | | |
| 推荐材料 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 | |  | | |
| 推  荐  医  师  意  见 | （包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。  推荐医师签字：  　 年 　月 　日 | | | | |
| 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. 第1－2页由申请人填写，第3-4页由2名推荐医师分别填写，第5页由各级中医药主管部门填写。

4. 表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5. 照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

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），在医疗机构实践的，要写明医疗机构名称。

9. 近五年服务人数：是指近五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：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：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书复印件。

表6

从事中医医术实践活动满五年证明材料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 户籍所在地 |  | 身份证  号码 |  |
| 医术实践地点（具体到乡镇/街道或医疗机构） |  | 医术实践  起止时间 |  |
| 医术专长 |  | 近五年  服务人数 |  |
| 医术实践经历 |  | | |
| 县级中医药管理部门/所在居委会/村委会推荐意见 | 经调查了解， 同志上述从事中医医术实践活动情况属实，且未发现在实践活动中存在医疗安全（不良）事件。  经办人（签名）：  联系电话：  本机构承诺以上内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。    单位（盖章）  　 年 　月 　日 | | |

注：从事中医医术实践活动为2个以上地点的，要分别填写本表。

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患者推荐证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | 联系方式（手机） | |  | |
| 家庭详细住址 |  | | | | |
| 所患疾病 |  | | | | |
| 是否有亲属  或利害关系 | □是（关系为： ） □否 | | | | |
| 就诊信息获取途径 | □广告 □介绍 □慕名 □其他 | | | | |
| 就诊起止时间 | 年 月 日- 年 月 日 | | | | |
| 所患疾病的基本情况及诊治经过（简要写明患病时间、诊疗过程、治疗效果等） |  | | | | |
| 患者诊疗资料(包括患者在医疗机构就诊时的门诊病历、住院病历、辅助检查结果等，或对本人所患疾病、诊疗过程及治疗效果等的详细描述，以附件形式附后) | | | | | |
| 推荐意见 | 对本人的诊治确有疗效，同意推荐其参加中医医术确有专长人员医师资格考核。本人承诺所述信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。  推荐人签字（手印）：  年 月 日 | | | | |

注：1.表中有选择项的，请在□内打“√”；

2.推荐意见栏中的横线上请填写确有专长人员姓名。

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患者推荐证明汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 家庭详细住址 | 联系方式 | 是否有亲属或利害关系（若有请注明关系） | 所患疾病 | 就诊起止  时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：10名患者推荐证明材料（就诊时间）要有时间跨度，以证明确有专长人员从事中医医术实践活动满五年。

表7 多年实践人员在执业医师指导下

从事中医医术实践活动证明表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 身份证号码 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | 通讯地址 | |  | |
| 学习实践时间 | | | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 实践所在医疗机构 | | | |  | | | | | | | | |
| 指导其从事中医医术实践活动的执业医师信息 | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | |  | | | 性 别 | |  | | 身份证号码 | |  |
| 职 称 | | |  | | | | | | | 工作年限 | |  |
| 医师资格  证书编号 | | |  | | | | | | | 医师执业  证书编号 | |  |
| 执业范围 | | |  | | | | | | | 专业、专长 | |  |
| 医疗机构  联系电话 | | |  | | | | | | | 指导医师  联系电话 | |  |
| 临  床  实  践  情  况  证  明 | 指导医师对实践人员临床实践情况的评价意见：  本人承诺以上内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。  指导医师签字：  　 年 　月 　日 | | | | | | | | | | | |
| 对实践人员学习情况、职业道德、临床能力评价意见：  本医疗机构承诺以上内容真实准确，并已知晓若有弄虚作假、徇私舞弊须承担相应的法律责任，并纳入失信人员名单。    医疗机构（盖章）  　 年 　月 　日 | | | | | | | | | | | |

注：本表用于多年实践人员所从事5年中医医术实践活动时间全部或部分在2017年7月1日之后的证明。