关于开展2018年传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试的通知

各县(市、区)卫生计生委：

根据原国家卫生部印发的《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（中华人民共和国卫生部令第52号）和省中医药管理局印发的《关于做好传统医学师承工作和确有专长人员医师资格考核工作的通知》（赣卫中医[2008]8号）的要求，现将2018年传统医学师承和确有专长人员医师资格考核报名时间及有关事项公告如下：

**一、报名时间**

2018年3月10日-3月31日。

**二、报名要求**

**（一）传统医学师承考核考试**

**1．报名条件**

中医师承人员符合卫生部第52号令规定的基本要求，采取理论学习和跟师形式完成国家中医药管理局印发的《传统医学出师考核和确有专长考核大纲》规定的内容。师承人员应当具有高中以上文化程度或者具有同等学力，并连续跟师学习满3年。跟师学习时间以县级以上公证机构公证的师承关系合同的公证之日起计算。

**2．报名程序**

申请参加出师考试的师承人员，直接向指导带教老师所在地县（市、区）卫生计生委报名，经县（市、区）卫生计生委初审合格后统一报我科复核，我科将符合报考条件的人员资料一并上报省中医药管理局审核。

在跟师学习期间，指导老师变更执业地点的，由最后执业所在地的县（市、区）卫生计生委填写审核意见。

**3．提交材料**

（1）《传统医学师承出师考核申请表》；

（2）本人有效身份证明复印件；

（3）二寸免冠正面半身照片5张（与申请表用照片同版）；

（4）高中学历或高中同等学历证明（原件和复印件）；

（5）指导老师医师资格证书、医师执业证书、专业技术职务任职资格证书或者经核准其指导老师执业的卫生行政部门、中医药管理部门出具的从事中医临床工作15年以上证明（原件和复印件；

（6）经公证部门公证的《中医师承关系合同书》，且合同签订已满3年（原件和复印件）；

（7）省中医管理局规定的其它材料。

注：上述材料在报名时审核原件、留存复印件。

**（二）中医确有专长人员考核考试**

**1．报名条件**

（1）依法从事中医临床实践5年以上（必须是乡村医生或者98年6月26日前有医疗机构执业许可证的人员）。

（2）掌握独具特色、安全有效的中医诊疗技术。

注：临床实践是指取得有效行医资格人员从事的中医医疗活动，或者未取得有效行医资格人员在中医执业医师指导下从事的中医医疗实习活动，其中包括乡村医生和医疗机构中跟师实习人员等。

**2．报名程序**

申请确有专长考核的人员，填写由国家中医药管理局统一式样的《传统医学医术确有专长考核申请表》，并经所在地县级卫生行政部门审核同意后，向设区市级卫生行政部门、中医药管理部门提出申请。

**3．提交材料**

（1）《传统医学医术确有专长考核申请表》；

（2）本人有效身份证明复印件；

（3）二寸免冠正面半身照片5张（与申请表用照片同版）；

（4）申请人所在地县级卫生行政部门出具的证明其依法从事传统医学临床实践5年以上的材料；

（5）两名以上执业医师出具的证明其掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术的材料；

（6）出具证明医师的医师资格证书和医师执业证书（原件和复印件）。

（7）乡村医生或者执业医师法颁布前取得过医疗执业许可证相关原始证明材料复印件。

注：上述材料在报名时审核原件、留存复印件。

**二、考试时间**

传统医学师承和确有专长人员考试考核时间于2018年9月中旬，具体考试时间和考试地点另行通知，以准考证为准。

**三、其它事项**

1．各县（区）卫生计生委必须在4月5日前将审核合格者的报名材料（均需当地卫生计生委盖章）及《传统医学师承和确有专长人员考核报名情况汇总表》提交至宜春市卫生计生委中医科，逾期不再受理。

2．截止到2018年8月31日，已连续跟师学习满3年者，可申请参加今年的出师考核。

3．各县（市、区）卫生计生委要高度重视，认真组织辖区内符合条件的考生进行报名，确保今年考核工作顺利进行。

联系人： 袁钰荔 刘灵灵

联系电话：0795-3220509

邮箱：ycwjwzyk@163.com

附件：1.传统医学医术确有专长考核申请表

2. 传统医学医术确有专长考生临床实践年限证明

3. 掌握传统医学诊疗技术证明

4. 传统医学师承出师考核申请表

宜春市卫生和计划生育委员会

2018年3月6日

附件1

**传统医学医术确有专长考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | | |  |
| 出 生  年 月 |  | | | | 籍 贯 |  | | 出 生  地 点 |  | | | |
| 参加工  作时间 |  | | | | 现从事主要职业 | | |  | | | | |
| 学 历 |  | | | | 学 位 |  | | 身份证号码 | |  | | | |
| 单位名称 | | | | | |  | | | | | | | |
| 通讯地址及邮政编码 | | | | | |  | | | | | | | |
| 本人档案存放单位、地址及邮  政编码 | | | | | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | 传 真 |  | | 电子邮  件地址 | |  | | |
| 个 人 简 历 | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | | 学习（工作）单位 | | | | | | | | 肄  毕 业  结 | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
| 本人技术专长述评 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 县级卫生、中医药行政部门初审意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 地、设区的市级卫生、中医药行政部门审核意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

1．一律用蓝黑墨水钢笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

2．表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

3．相片一律用近期一寸免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。

附件2

**传统医学医术确有专长考生临床  
实践年限证明**

考生 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （身份证号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )，

从\_\_\_\_年\_\_\_月至\_\_\_\_年\_\_\_月依法在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位从事中医\_\_\_\_\_科临床实践，特此证明。

负责人（签字) 单位（盖章)：

年 月 日

附件3

**掌握传统医学诊疗技术证明**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 | | |  | 被证明人姓名 | |  |
| 证明人  所在单位 | |  | | 证明人电话 | 单位： | |
| 手机： | |
| 证明人《医师资格证书》编号： | | | | | | |
| 被  证  明  人  技  术  专  长  评  述 |  | | | | | |
| 以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。  证明人签字： 年 月 日 | | | | | | |

附证明人《医师执业证书》复印件（A4纸复印)

附件4

**传统医学师承出师考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | 民 族 | |  | | | |  |
| 出 生  年 月 |  | | | | 籍 贯 |  | | 出 生  地 点 | |  | | | |
| 参加工作时间 |  | | | | 现从事主要职业 | | |  | | | | | |
| 学 历 |  | | | | 学 位 |  | | 身份证号码 | | |  | | | |
| 单位名称 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 通讯地址及邮政编码 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 本人档案存放单位、地址及邮政编码 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | 传 真 | |  | | 电子邮件地址 | | |  | |
| 个 人 简 历 | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | 学习（工作）单位 | | | | | | | | | 肄  毕 业  结 | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 指 导 老 师  姓 名 | | | |  | | | 指 导 老 师  单 位 | |  | | | | | |
| 指 导 老 师  职 称 | | | |  | | | 指 导 老 师  工 作 年 限 | |  | | | | | |
| 指 导 老 师  联 系 电 话 | | | |  | | | 指 导 老 师  通 讯 地 址 | |  | | | | | |
| 指导老师主要学术思想、临床经验和学术专长 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 指 导 老 师  意 见 | | | | 签 名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 核准指导老师执业的卫生、中医药行政部门初审意见 | | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省级中医药管理部门审核意见 | | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |

1．一律用蓝黑墨水钢笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

2．表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

3．相片一律用近期一寸免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。

附件5

**传统医学师承和确有专长人员考核报名情况汇总表**

县（市、区）卫计委（加盖公章） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 县（区、市） | 单位 | 联系电话 | 身份证号 | 技术专长 | 师承备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |