附件6

中医医师指导医术实践活动情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指  导  医  师  基  本  情  况 | 姓名 |  | | | 性别 |  | | 出生年月 | |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 | | |  | | |
| 执业类别 |  | | | 最近一次医师定期考核合格年度 | | | | 年 | |
| 医师资格证书编码 |  | | | 医师执业证书编码 | |  | | | |
| 主要执业机构 |  | | | | | 所在科室 | | |  |
| 申  报  人  基  本  情  况 | 姓名 |  | | 性 别 | | |  | | | |
| 职业 |  | | 联系电话 | | |  | | | |
| 身份证号 |  | | 出生年月 | | |  | | | |
| 申报的医术专长 | |  | | | | | | | |
| 指导中医医术实践活动的机构名称 | |  | | | | | | | |
| 指导中医医术实践活动的地址 | | 市 县(市/区) 镇(街道) 村(路) 号 | | | | | | | |
| 指导中医医术实践活动的时间 | | 年 月至 年 月（共 年 月，具体时间见《中医医师指导医术实践年度列表》附件11-2） | | | | | | | |
| 指导医师意见 | （介绍申报人的临床实践职业道德情况，中医基础理论、基本技能掌握程度，申报专长特点、安全性、疗效等） | | | | | | | | | |
| 指导医师承诺 | 本人已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》《广东省卫生和计划生育委员会 广东省中医药局关于中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理的实施细则》对指导医师的要求，本人符合指导医师条件。本人承诺，以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。同时，承诺配合审核部门的调查核实工作。  指导医师签名并按手印：  　年　月　日 | | | | | | | | | |

说明：多年实践人员所从事的中医医术实践活动在《中医药法》实施（即2017年7月1日）之后的，由指导医师填写本表。附件7

中医医师指导医术实践时间列表（ 年）

申报人： 身份证号： 指导医师：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月份 | 指导医术实践活动具体日期 | 累计  工作日 |
| 1月 |  |  |
| 2月 |  |  |
| 3月 |  |  |
| 4月 |  |  |
| 5月 |  |  |
| 6月 |  |  |
| 7月 |  |  |
| 8月 |  |  |
| 9月 |  |  |
| 10月 |  |  |
| 11月 |  |  |
| 12月 |  |  |
| 小计 |  |  |

申报人签名并按手印： 指导医师签名并按手印：

年 月 日 年 月 日

说明：本表每年度填写一页

附：1、指导医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格证书（如有）等复印件（由指导医师所在单位（主要执业机构）核对原件后加具“与原件相符”意见，核对人签名，加盖所在单位印章）。2、指导医师所在单位的《医疗机构执业许可证》（副本）或《中医诊所备案证》复印件（加盖医疗机构公章）