附件8

中医医师指导医术实践活动情况表

（适用于多年实践人员所从事中医医术实践活动在2017年7月1日后的部分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指  导  医  师  基  本  情  况 | 姓 名 |  | | | 性 别 |  | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | |
| 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 | |  | |
| 身份证号 |  | | 联系电话 | |  | |
| 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 | | | | |
| 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》《贵州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》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（可同时作为推荐医师）填写本表。