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 |  | | | | 近五年  服务人数 |  |
| 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 |  | | | | | |
| 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5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 | 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页由推荐医师填写，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）。

9.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。

10.近五年服务人数：是指近五年内应用医术专长服务的人数。

11.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。

12.个人学习经历：包括文化学习和医术学习经历。

13.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。

14.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。

15.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。