

国家中医药管理局

国中医药医政发〔2017〕31号

国家中医药管理局关于印发《中医医术确有专长人员医师资格考核申请表》和《中医医术确有专长人员医师资格考核结论表》式样的通知

各省、自治区、直辖市中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局：

《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（国家卫生计生委令第15号）已于2017年11月10日发布，12月20日起实施。为做好中医医术确有专长人员医师资格考核工作，我局组织制定了《中医医术确有专长人员医师资格考核申请表》和《中医医术确有专长人员医师资格考核结论表》式样，现印发给你们，供中医医术确有专长人员申请医师资格考核时使用。相关表格可在国家中医药管理局网站（网址：www.satcm.gov.cn）下载。

- 附件：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》
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》
3. 《中医医术确有专长人员医师资格考核结论表》



附件 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
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			近五年 服务人数	
文化学习经历				

<p>跟师学习 医术及实践 经历</p>	
<p>医术专长 综述</p>	
<p>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）</p>	
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">本人签字：_____</p> <p style="text-align: right;">日 期： 年 月 日</p>	

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

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	<p style="text-align: center;">本人承诺推荐内容真实准确。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字： 年 月 日</p>			

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	<p style="text-align: center;">本人承诺推荐内容真实准确。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字： 年 月 日</p>			

<p>县级中医药主管 部门意见</p>	<p>(初审意见)</p> <p>审核人签字</p> <p>单位负责人签字</p> <p>(单位公章)</p> <p>年 月 日</p>
<p>地市级中医药 主管部门意见</p>	<p>(复审意见)</p> <p>审核人签字</p> <p>单位负责人签字</p> <p>(单位公章)</p> <p>年 月 日</p>
<p>省级中医药主 管部门意见</p>	<p>(审核意见)</p> <p>审核人签字</p> <p>单位负责人签字</p> <p>(单位公章)</p> <p>年 月 日</p>

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页由推荐医师填写，第6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. 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医疗机构。

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。

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		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 <input type="checkbox"/> 家传 <input type="checkbox"/> 跟师 <input type="checkbox"/> 自创 <input type="checkbox"/>			
医术渊源				
个人学习经历				

<p>医术实践 经历</p>	
<p>医术专长 综述</p>	
<p>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）</p>	
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">本人签字：_____</p> <p style="text-align: right;">日 期： 年 月 日</p>	

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	<p style="text-align: center;">本人承诺推荐内容真实准确。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字： 年 月 日</p>			

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	<p style="text-align: center;">本人承诺推荐内容真实准确。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字： 年 月 日</p>			

<p>县级中医药主管 部门意见</p>	<p>(初审意见)</p> <p>审核人签字</p> <p>单位负责人签字</p> <p>(单位公章)</p> <p>年 月 日</p>
<p>地市级中医药主管 部门意见</p>	<p>(复审意见)</p> <p>审核人签字</p> <p>单位负责人签字</p> <p>(单位公章)</p> <p>年 月 日</p>
<p>省级中医药主管 部门意见</p>	<p>(审核意见)</p> <p>审核人签字</p> <p>单位负责人签字</p> <p>(单位公章)</p> <p>年 月 日</p>

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：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。

附件 3

中医医术确有专长人员医师资格考核结论

考核专家	姓名	性别	单位	职称	专业	
被考核人姓名						
专长						
考核结论						
总体评价		包括医术特长, 安全性、有效性评价				
考核结论 () 合格 () 不合格						
建议执业范围		使用的中医药 技术方法				
		治疗病证范围				
专家签字: _____						
年 月 日						



