河南省中医医术确有专长人员（师承学习人员）

附件1-1

医师资格考核申请报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 中医药技术方法 |  | 近五年服务人数 |  |
| 治疗病症范围 |  |
| 请在下方横线处抄写：**“本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假、填报错误，个人自行承担后果。”**本人签字： 　　　　　　 日 期：　　　年　　月　　日 |
| 县（区）卫生健康委审核意见：审核员签字：审核负责人签字：单位负责人签字：（单位公章）  年 月 日 | 省辖市卫生健康委审核意见：审核员签字：审核负责人签字：单位负责人签字：（单位公章） 年 月 日 | 河南省卫生健康委审核意见：审核员签字：审核负责人签字：单位负责人签字：（单位公章） 年 月 日 |
| 文化学习经历 |   |
| 跟师学习医术及实践经历 |  |
| 医术专长综述 | （可附页） |
|  |  |
| **回顾性中医医术实践资料（第1例）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 地址 |  |
| 实践描述 |  |

**回顾性中医医术实践资料（第2例）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 地址 |  |
| 实践描述 |  |

**回顾性中医医术实践资料（第3例）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 地址 |  |
| 实践描述 |  |

**回顾性中医医术实践资料（第4例）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 地址 |  |
| 实践描述 |  |

**回顾性中医医术实践资料（第5例）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 地址 |  |
| 实践描述 |  |

 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |

|  |
| --- |
| 中医医术确有专长医师考核推荐医师信息表一 |
| 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 |  |
| 本人自愿推荐 ，身份证号 ，参加 年度河南省中医医术确有专长考核，本人对其中医专长学习实践经历熟悉，评估其中医专长疗效确切，符合《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》推荐要求，特此推荐。 根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》“第三十七条 推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任”。 |
| 推荐医师意见 | 本人已知悉上述推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是我本人真实意见的表达，遵守推荐医师相关要求，不进行有偿推荐，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受相关处罚条款。推荐医师签字（按指印）：　 年 　月 　日 |
| 推荐医师所在单位意见 |  推荐医师 系我院职工，经核实，该医师系自愿推荐，非有偿推荐。推荐医师所在单位盖章 　 年 　月 　日 |
| 中医医术确有专长医师考核推荐医师信息表二 |
| 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 |  |
| 本人自愿推荐 ，身份证号 ，参加 年度河南省中医医术确有专长考核，本人对其中医专长学习实践经历熟悉，评估其中医专长疗效确切，符合《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》推荐要求，特此推荐。 根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》“第三十七条 推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任”。 |
| 推荐医师意见 | 本人已知悉上述推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是我本人真实意见的表达，遵守推荐医师相关要求，不进行有偿推荐，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受相关处罚条款。推荐医师签字（按指印）：　 年 　月 　日 |
| 推荐医师所在单位意见 |  推荐医师 系我院职工，经核实，该医师系自愿推荐，非有偿推荐。推荐医师所在单位盖章 　 年 　月 　日 |

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.本表通过报名系统填写并打印，需要申请人书写事项，用黑色钢笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.第1－5页由申请人填写，各级中医药主管部门填写并加盖公章，第6页由申请人的指导老师填写，第7-8页由推荐医师填写并加盖单位公章。

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6个月内符合报名规定要求的小二寸免冠白底照片。

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、医师执业证书原件、复印件，中医类副主任医师以上专业技术职务任职资格证书原件、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原件。

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、医师执业证书原件、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。