附件2：

陕西省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 | 病类/病名： | | | | | 代码： | | |
| 内服方药 | | | □ | | 近五年服务人数 | |  |
| 外治技术 | | | □ | |
| 内服方药和外治技术同用 | | | □ | |
| 外治技术： | | | | | | | |
| 个人学习经历 |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医术实践经历 |  |
| 医术渊源 | 中医医术传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等 |
| 接触中医时间、学习或掌握的中医典籍、主要中医学术思想阐述等 |

|  |  |
| --- | --- |
| 医术专长综述 | 1.医术的基本内容及特点描述  2.医术专长适应症或适用范围  3.医术安全性  4.医术有效性  5.医术潜在的风险性及防范措施   1. 能够证明医术专长确有疗效的相关证明资料 |
| 回顾性中医医术实践资料5例（至少需提供患者真实姓名、住址、电话、病历资料，以附件形式附后） | |
| **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 | |

本人有效身份证明

|  |
| --- |
| **粘贴页**（二代身份证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证复印件及4张照片） |

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 | （推荐意见：至少包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确。  推荐医师签字：  年 月 日 | | | |

|  |
| --- |
| **推荐医师承诺书（一）**  推荐医师姓名 ,身份证号 ，医师资格证书编号： ，医师执业证书编号： ，所在执业机构： 。符合《陕西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（暂行）》和《陕西省中医医术确有专长人员医师资格考核报名暂行规定》对推荐医师的要求。  本人自愿推荐 ，身份证号 ，参加 年度陕西省中医医术确有专长考核。并承诺：  （1）本人对被推荐人中医专长学习实践经历熟悉，评估其中医专长疗效确切，特此推荐。  （2）本人知晓《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”。  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，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：  年 　月 　日  （本承诺书签字由推荐医师在县区级现场审核阶段签署） |

|  |
| --- |
| 粘贴页（推荐医师一：身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证复印件） |

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 | （推荐意见：至少包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确。  推荐医师签字：  年 月 日 | | | |

|  |
| --- |
| **推荐医师承诺书（二）**  推荐医师姓名 ,身份证号 ，医师资格证书编号： ，医师执业证书编号： ，所在执业机构： 。符合《陕西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（暂行）》和《陕西省中医医术确有专长人员医师资格考核报名暂行规定》对推荐医师的要求。  本人自愿推荐 ，身份证号 ，参加 年度陕西省中医医术确有专长考核。并承诺：  （1）本人对被推荐人中医专长学习实践经历熟悉，评估其中医专长疗效确切，特此推荐。  （2）本人知晓《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”。  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，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：  年 　月 　日  （本承诺书签字由推荐医师在县区级现场审核阶段签署） |

|  |
| --- |
| **粘贴页**（推荐医师二：身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证复印件） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 现场辨识中药申报表 | 1 | | 常用方剂  及药物 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | 常用方剂  及药物 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | 常用方剂  及药物 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | 常用方剂  及药物 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | 常用方剂  及药物 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 汇总 | | 常用方剂共 方 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 常用药物 味（不少于50种），填入常用药物表，以备考核使用。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有毒性药物 □ 否 ，□ 是。  如有，填入有毒药物表，以备考核使用。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| （一）常用药物表 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序  号 | | 中药  名称 | 序  号 | | | 中药  名称 | | 序  号 | | 中药  名称 | | 序  号 | | 中药  名称 | | 序  号 | 中药  名称 |
| 1 | |  | 2 | | |  | | 3 | |  | | 4 | |  | | 5 |  |
| 6 | |  | 7 | | |  | | 8 | |  | | 9 | |  | | 10 |  |
| 11 | |  | 12 | | |  | | 13 | |  | | 14 | |  | | 15 |  |
| 16 | |  | 17 | | |  | | 18 | |  | | 19 | |  | | 20 |  |
| 21 | |  | 22 | | |  | | 23 | |  | | 24 | |  | | 25 |  |
| 26 | |  | 27 | | |  | | 28 | |  | | 29 | |  | | 30 |  |
| 31 | |  | 32 | | |  | | 33 | |  | | 34 | |  | | 35 |  |
| 36 | |  | 37 | | |  | | 38 | |  | | 39 | |  | | 40 |  |
| 41 | |  | 42 | | |  | | 43 | |  | | 44 | |  | | 45 |  |
| 46 | |  | 47 | | |  | | 48 | |  | | 49 | |  | | 50 |  |
| （二）有毒药物表 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序  号 | 中药  名称 | | | 序  号 | | | 中药  名称 | | 序  号 | | 中药  名称 | | 序  号 | | 中药  名称 | 序  号 | 中药  名称 |
| 1 |  | | | 2 | | |  | | 3 | |  | | 4 | |  | 5 |  |
| 6 |  | | | 7 | | |  | | 8 | |  | | 9 | |  | 10 |  |
| 11 |  | | | 12 | | |  | | 13 | |  | | 14 | |  | 15 |  |
| 16 |  | | | 17 | | |  | | 18 | |  | | 19 | |  | 20 |  |
| 解毒方法： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 多年实践人员从事中医医术实践活动满五年证明（共3项）  （说明：1、单纯多年实践人员，（1）和（2）项选填一项、（3）项必填；2、符合《陕西省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（暂行）》第十、十一、十二条的多年实践人员仅需提供（3）项内容。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （1）县区级中医药主管部门证明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兹证明 同志，身份证号 ， 年 月至 年 月，在本辖区从事中医医术 专长实践。本单位熟知其中医专长实践经历。该证明是我单位真实意见的表达，若证明内容不实或证明材料虚假，本单位**自愿承担相应后果，接受法律法规规定的处罚**。  　　特此证明。    经办人签字： 主要负责人签字：  　 联系电话： 单位（签章）：  　　　　 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （2）所在居委会、村委会证明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兹证明 同志，身份证号 ， 年 月至 年 月，在本辖区从事中医医术 专长实践。本单位熟知其中医专长实践经历。该证明是我单位真实意见的表达，若证明内容不实或证明材料虚假，本单位**自愿承担相应后果，接受法律法规规定的处罚**。  　　特此证明。    经办人签字： 主要负责人签字：  　 联系电话： 单位（签章）：  　　　　 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （3）至少十名患者推荐证明 | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 家庭详细住址 | 联系方式 | 所患疾病 | 就诊时间 | 就诊信息获取途径 | 同意推荐请签字（手印） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍  □慕名 □其他 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | （审定意见）  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.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4.照片应为申请人近期免冠白底小二寸证件照片。

5.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

6.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

7.身份证号码：二代身份证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证有效身份证明编号。

8.医术实践地点：应具体到XX省XX市XX县（区）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、职称证复印件。

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。