附件3

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（样表）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 跟师学习医术及实践经历 |  |
| 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、有效性、医术潜在的风险性及防范措施的说明等。 |
| 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  |
| 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（介绍师承人员临床实践时长是否达到要求，跟师学习笔记是否齐全，跟师学习内容是否符合要求；临床实践职业道德情况，中医基础理论、基本技能掌握程度，申报专长的独特性、安全性及疗效等）出师结论：本人承诺以上内容属实，如有虚假，愿按照国家卫生计生委第15号令的规定承担相应的法律责任。 签 字：日 期：　　　年　　月　　日  |

推荐材料一

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 本人承诺： 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》和《湖北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(试行)》对推荐医师的要求。从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。对 《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“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依法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。”之规定有充分的了解。 了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。愿意配合审核部门的调查核实工作。 推荐意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。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 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 本人承诺： 一、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》和《湖北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(试行)》对推荐医师的要求。二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“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依法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。”之规定有充分的了解。 四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。五、愿意配合审核部门的调查核实工作。 推荐意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。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  |