附件1

传统医学师承出师考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | | 民 族 |  | | | | 照  片  粘  贴  处 |
| 出 生  年 月 |  | | | 考核申报地区 | |  | | | 户籍所在地 |  | | | |
| 跟师学习时间 | 年 月 至 年 月 | | | | | 现从事主要职业 | | |  | | | | |
| 学 历 |  | | | 学位 |  | | | | 身份证号码 | | |  | | |
| 单位名称 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 通讯地址及邮政编码 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 本人档案存放单位、  地址及邮政编码 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 联系电话(手机) | |  | | | 传 真 | |  | | | | 电子邮件地址 | | |  |
| 个 人 简 历 | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | 学习（工作）单位 | | | | | | | | | | | 肄  毕 业  结 | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |
| 指导老师  姓 名 | | |  | | | | | 指导老师  单 位 | |  | | | | |
| 指 导 老 师  职 称 | | |  | | | | | 指导老师  工作年限 | |  | | | | |
| 指 导 老 师  联 系 电 话 | | |  | | | | | 指导老师  通讯地址 | |  | | | | |
| 指 导 老 师  医师资格证书编码 | | |  | | | | | 指导老师  身份证号码 | |  | | | | |
| 指导老师主要学术思想、临床经验和学术专长 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 指 导 老 师  意 见 | | | 签 名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 核准指导老师执业的卫生、中医药行政部门初审意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 各市州中医药行政部门复核意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 省级中医药管理部门审核意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

1．一律用蓝黑墨水钢笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

2．表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

3．相片一律粘贴一寸近期白底免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。

附件2

传统医学医术确有专长考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | | 民 族 |  | | | | 照  片  粘  贴  处 |
| 出 生  年 月 |  | | | | 考核申报地区 |  | | | 户籍所在地 |  | | | |
| 参加工  作时间 |  | | | | 现从事主要职业 | | | |  | | | | |
| 学 历 |  | | | | 学 位 |  | | | 身份证号码 | |  | | | |
| 单位名称 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 通讯地址及邮政编码 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 本人档案存放单位、地址及邮  政编码 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | 传 真 |  | | | 电子邮  件地址 | |  | | |
| 个 人 简 历 | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | | 学习（工作）单位 | | | | | | | | | 肄  毕 业  结 | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 推荐医师1  姓名 | | | |  | | | | 推荐医师1  单位 | | | | |  | |
| 推荐医师1  职称 | | | |  | | | | 推荐医师1  工作年限 | | | | |  | |
| 推荐医师1  联系电话 | | | |  | | | | 推荐医师1  通讯地址 | | | | |  | |
| 推荐医师1  医师资格证书编码 | | | |  | | | | 推荐医师1  身份证号码 | | | | |  | |
| 推荐医师2  姓名 | | | |  | | | | 推荐医师2  单位 | | | | |  | |
| 推荐医师2  职称 | | | |  | | | | 推荐医师2  工作年限 | | | | |  | |
| 推荐医师2  联系电话 | | | |  | | | | 推荐医师2  通讯地址 | | | | |  | |
| 推荐医师2  医师资格证书编码 | | | |  | | | | 推荐医师2  身份证号码 | | | | |  | |
| 本人技术专长述评 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 县级卫生、中医药行政部门初审意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 地、设区的市级卫生、中医药行政部门审核意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |

1．一律用蓝黑墨水钢笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

2．表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

3．相片一律粘贴一寸近期白底免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。

附件3

掌握传统医学诊疗技术证明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 | | |  | 被证明人姓名 | |  |
| 证明人  所在单位 | |  | | 证明人电话 | 单位： | |
| 手机： | |
| 证明人《医师资格证书》编号： | | | | | | |
| 被证明人技术专长评述 |  | | | | | |
| 以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。  证明人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 附证明人《医师资格证书》、《医师执业证书》复印件（A4纸复印） | | | | | | |

附件4

关于传统医学师承和确有专长人员医师资格考核重要提示

（存根）

根据《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（卫生部第52号令）规定，师承和确有专长人员经考核合格取得《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》后，在执业医师指导下，在我省范围内的医疗机构中试用期满1年并考核合格，可以申请参加执业助理医师资格考试。取得执业助理医师执业证书的师承和确有专人员，在医疗机构中从事传统医学医疗工作满5年，可以申请参加执业医师资格考试。

此次考核不是按《中华人民共和国中医药法》制定的《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（中华人民共和国卫生和计划生育委员会令第15号）《四川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）》（川中医药发[2018]24号）举办的考核。

以上内容，我已阅读并完全理解其含义。

阅读者：

年 月 日

…………………………………………………………………………………………

关于传统医学师承和确有专长人员医师资格考核重要提示

根据《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（卫生部第52号令）规定，师承和确有专长人员经考核合格取得的《传统医学师承出师证书》及《传统医学医术确有专长证书》后，在执业医师指导下，在我省范围内的医疗机构中试用期满1年并考核合格，可以申请参加执业助理医师资格考试。取得执业助理医师执业证书的师承和确有专人员，在医疗机构中从事传统医学医疗工作满5年，可以申请参加执业医师资格考试。

此次考核不是按《中华人民共和国中医药法》制定的《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（中华人民共和国卫生和计划生育委员会令第15号）《四川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）》（川中医药发[2018]24号）举办的考核。

以上提示内容，我已阅读并完全理解其含义。

阅读者：

年 月 日

附件5

四川省传统医学师承和确有专长

人员考核疫情防控责任承诺书

本人考前14天内无境外出行史或居住史，无前往疫情防控高、中风险地区旅居史；近3天内无发热症状，无咳嗽、咽痛、胸痛、呼吸困难等呼吸道症状；无接触新冠肺炎确诊病例、疑似病例和无症状感染者，无接触其他发热或呼吸道症状患者。

本人承诺，严格遵守疫情防控有关规定。以上内容真实有效，如有隐瞒，愿承担由此引起的一切后果和责任。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

年 月 日