

汕头市卫生健康局

汕市卫办〔2024〕193号

汕头市卫生健康局办公室转发关于开展 2025年传统医学师承和确有专长人员 医师资格考试考试工作的通知

各区（县）卫生健康局，市中医医院：

现将省中医药局《关于开展2025年传统医学师承和确有专长人员医师资格考试考试工作的通知》（粤中医办函〔2024〕78号），以下简称《考核考试工作》）转发给你们，并提出如下要求，请一并贯彻落实。

一、请各区（县）组织好报名工作，在官网上主动公开2025年传统医学师承和确有专长人员医师资格考试考试工作有关信息。申请出师考核人员应到核准指导老师执业的卫生健康中医药管理部门报名，申请确有专长考核人员应到区（县）卫生健康中医药管理部门报名。报名时间在2025年3月25日前完成。

二、申请出师考核的或确有专长考核的应按照《考核考试工作》规定递交相应申报材料，申请确有专长考核的还应递交本《通知》规定的《传统医学确有专长诊疗技术证明资料表》（附件1）《证明医师承诺书》（附件2）及由从事传统医学实践活动

的所在的区县卫生健康局出具的《从事传统医学临床实践证明》（附件3），并提供证明医师的资格证书、医师执业证书等复印件（由证明医师所在机构核对原件后加具“与原件相符”意见、核对人签名，加盖核对机构公章）。核对考生身份证明复印件时，现场受理人员应验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章。

三、请各区（县）卫生健康局严把初审关，对不符合报名条件的人员，坚决不予受理，对于申报材料不齐全和不符合法定形式的，要在规定时限内一次性告知。申请确有专长考核初审通过名单应汇总于《传统医学确有专长人员考核初审合格人员汇总表》（附件4）。我局将按一定比例抽查各地申报资料，对报名资格审核不严、推荐人数偏多的机构和指导老师、证明医师的，将进行重点抽查。对弄虚作假、徇私舞弊的行为，一经核实依法依规予以严肃处理。

四、请各区（县）卫生健康局于4月8日前将申报有关资料报送市局中医药管理科，出师考核申报资料一式两份，确有专长考核申报资料一式一份，逾期不予受理。所有表格应按照通知要求填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

五、请市中医医院协助申报材料初审，做好5月17日确有专长临床实际本领考核和6月14日的综合笔试考务工作，并将考务工作方案于3月31日前报送市局中医药管理科。

粤政易联系人：陈满丽、郑少鋈。

- 附件：1.传统医学确有专长人员诊疗技术证明资料表
- 2.证明医师承诺书
- 3.从事传统医学临床实践证明
- 4.传统医学确有专长人员考核初审合格人员汇总表

汕头市卫生健康局办公室

2024年12月23日

附件 1

传统医学确有专长人员诊疗技术证明资料表

姓名		性别	男 ☐ 女 ☐	年龄		民族		照片
						婚姻		
地址		邮编		联系电话				
确有专长诊疗技术名称								
确有专长诊疗技术所属专科	☐ 中医内科学 ☐ 中医妇科学 ☐ 针灸推拿学 ☐ 中医外科学 ☐ 中医儿科学							
个人简述	签名: _____ 时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日							
执业医师证明	签名: _____ 时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日							
	签名: _____ 时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日							
县(区)级卫生健康局意见	盖章: _____ 时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日 负责人签字: _____							

注：“执业医师”必须是在医疗机构中执业道德良好，无不良医疗行为记录的在职医生，如提供虚假证明，一经查实将予以严肃处理。

附件 2

证明医师承诺书

证明 医师 基本 情况	姓 名		性 别		职称	
	身份证号		联系电话			
	执业类别		最近一次医师定期 考核合格年度	年		
	专业技术资格证书的 专业名称					
	主要执业机构		所在科室			
证明 医师 意见						
证明 医师 承诺	本人承诺： 一、已阅读《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（中华人民共和国卫生部令第 52 号）《广东省健康委员会 广东省中医药局关于传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试实施办法》对证明医师的要求。 二、从事专业与被证明者相关，符合证明医师条件。 三、对“证明医师、证明单位违反传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试有关规定，出具假证明，提供假档案，弄虚作假、玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊，尚不构成犯罪的，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任”之规定有充分的了解。 四、了解被证明者从事传统医学实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事传统医学实践活动满五年，证明内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。 五、愿配合审核部门的调查核实工作。 证明医师签名并按手印： 年 月 日					

附件 3

从事传统医学临床实践证明

(供申请人所在区县卫健局出具填写)

兹证明:

姓名		性别	
出生年月		身份证号码	
从事传统医学实践 活动机构名称			
从事传统医学实践 活动地址	市 县(区/市) 镇(街道) 村(路) 号		
从事传统医学实践 活动时间	年 月至 年 月(共计 年 月)		

证明人:

联系电话:

区县卫生健康局(盖章):

年 月 日

附件 4

传统医学确有专长考核初审合格人员汇总表

区县卫生健康局：（盖章）

填报日期： 年 月 日

序 号	姓 名	性 别	出 生 日 期	身 份 证 号	联系电话	确有专长名称	是否 单考 综合 笔试	从事传统医学临床实践机构		证明医师姓名			
								名 称	联系电话	医师 1	联系 电话	医师 2	联系 电话

注：上一年度确有专长临床实践本领考核合格者应注明在单考综合笔试一栏中。

公开方式：依申请公开

校对：中医药管理科 陈楚生