附件1

**传统医学师承出师考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | 民 族 | |  | | | | 相片 |
| 出 生  年 月 |  | | | | 籍 贯 |  | | 出 生  地 点 | |  | | | |
| 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 | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 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健康中医药主管部门初审意见 | | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省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．相片一律用近期一寸免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。

附件2

跟师临床实践情况表

申报人员： 指导老师：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指导老师带教的其他未出师人员 | | | 姓名 | | 身份证号码 | | 带教起止时间 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 跟师临床实践时间（工作日） | | 年 | | 年 | | 年 | | 年 |
| 1月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 2月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 3月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 4月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 5月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 6月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 7月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 8月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 9月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 10月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 11月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 12月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 小计 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 累计 | | 3年共 工作日（本人承诺上述时间属实，如有虚假，愿承担相应的法律责任。）  师承人员（签名）： 指导老师（签名） ：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |
| 师承指导老师意见 | （重点介绍师承人员是否完成《实施办法》第十条、第十一条的要求，即跟师学习时间是否平均达到每周不少于3个工作日，3年不少于420个工作日（或总计不少于1500学时）；师承人员对中医经典著作和对指导老师的学术思想、临床经验的掌握程度）  指导老师（签名）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 带教机构意见 | （重点核实师承人员跟师学习时间是否达到3年共420个工作日（或总计不少于1500学时）,跟师学习笔记是否齐全，跟师学习内容是否符合《实施办法》）的要求。）  负责人签名：  单位（或管理科室）名称（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 指导老师第一执业地点医疗机构意见 | （指导老师不在第一执业地点医疗机构带教的须填写本栏目，第一执业地点医疗机构重点核实指导老师在带教机构多点执业的时间能否达到3年420个工作日（或总计不少于1500学时））  核对人签名： 负责人签名：  单位（或管理科室）名称盖章：  年 月 日 | | | | | | | |

说明：1、本表由指导老师填写，经指导老师带教机构或/及第一执业地点医疗机构加具意见。2、跟师学习时长根据跟师学习笔记、临床实践记录等进行填写。3、指导老师如已退休，第一执业地点医疗机构不需要加具意见。

附件3

**传统医学医术确有专长考核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 | |  | | 民 族 |  | | | | 照片 |
| 出 生  年 月 |  | | | | 籍 贯 | |  | | 出 生  地 点 |  | | | |
| 参加工  作时间 |  | | | | 现从事主要职业 | | | |  | | | | |
| 学 历 |  | | | | 学 位 | |  | | 身份证号码 | |  | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 本人技术专长述评 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 县级卫生健康中医药管理部门初审意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 市级卫生健康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．相片一律用近期一寸免冠正面半身照。

4．个人简历应从小学写起。

附件4

中医医疗技术目录

|  |  |
| --- | --- |
| **技术类别** | **技术名称** |
| **针刺类技术** | 毫针技术、头针技术、耳针技术、腹针技术、眼针技术、手针技术、腕踝针技术、三棱针技术、皮内针技术、火针技术、皮肤针（梅花针）技术、芒针技术、鍉针技术、穴位注射技术、埋线技术、平衡针技术、醒脑开窍技术、靳三针技术、浮针技术、贺氏三通技术、电针技术、针刺麻醉技术、鼻针技术、口唇针技术、子午流注技术、灵龟八法技术、飞腾八法技术 |
| **灸类技术** | 麦粒灸技术、隔物灸技术、悬灸技术、三伏天灸技术、天灸技术、温针灸技术、热敏灸技术、雷火灸技术 |
| **刮痧类技术** | 刮痧技术、撮痧技术、放痧技术 |
| **拔罐类技术** | 拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术、药罐技术、针罐技术、刺络拔罐技术、刮痧拔罐技术 |
| **推拿类技术** | 皮部经筋推拿技术、脏腑推拿技术、关节运动推拿技术、关节调整推拿技术、经穴推拿技术、导引技术、小儿推拿技术、器物辅助推拿技术、耳鼻喉擒拿技术、膏摩技术 |
| **敷熨熏浴类技术** | 穴位敷贴技术、中药热熨敷技术、中药冷敷技术、中药湿敷技术、中药熏蒸技术、中药泡洗技术、中药淋洗技术 |
| **骨伤类技术** | 理筋技术、脱位整复技术、骨折整复技术、夹板固定技术、石膏固定技术、骨外固定支架技术、牵引技术、练功康复技术 |
| **肛肠类技术** | 挂线技术、枯痔技术、痔结扎技术、中药灌肠技术、注射固脱技术 |
| **其他类技术** | 砭石治疗技术、蜂针治疗技术、中药点蚀技术、经穴电疗技术、经穴超声治疗技术、经穴磁疗技术、经穴光疗技术、揉抓排乳技术、火针洞式引流技术、脐疗技术、药线（捻）引流技术、啄法技术 |

传统医学确有专长人员诊疗技术证明资料表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | 男□ | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 女□ | 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：  负责人签字： 时间： 年 月 日 | | | | | | | |

**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。**

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 | | | | | | | | |

从事传统医学临床实践证明

（供实践活动机构或居委会（村居）用）

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：

负责人（签名）：

单位名称（盖章）：

年 月 日