# 广东省中医药局

粤中医办函〔2025〕11号

# 关于开展2025年广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名工作的通知

各地级以上市卫生健康局（委）：

根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（国家卫生计生委令第15号，下称《暂行办法》）有关要求，结合我省工作开展情况，现就开展2025年广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名工作通知如下:

## 一、申报条件和要求

（一）申报人申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核应具备的条件按《暂行办法》第五条、第六条、第七条、第八条、第三十八条、第三十九条等的有关规定和要求执行。

（二）申报人如已取得我省《传统医学师承出师证》，且再继续跟师学习满两年并符合《暂行办法》第五条第（一）（二）项规定的，可以申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核。申报人如已取得我省《传统医学医术确有专长证书》，且符合《暂行办法》第六条第（二）（三）项规定的，可以申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核。

## 二、指导老师、推荐医师、推荐证明材料及要求

**（一）指导老师。**

师承学习人员的指导老师应当符合《暂行办法》第八条规定的条件。指导老师带教机构不在所在单位（主要执业机构，下同），属多点执业带教的，指导老师与带教机构应按有关规定签订合同（协议）书。每名师承学习人员的临床带教时间须满5年且达到规定的平均每周不少于3个工作日，即5年不少于700个工作日的要求。

**（二）推荐医师。**

推荐医师应当为被推荐者长期临床实践所在地级市相关专业中医类别执业医师，相关专业是指推荐医师所从事的专业与被推荐者所申报的中医药技术方法或治疗病证相关。推荐医师须熟悉被推荐者的医术专长及技术方法的独特性、安全性、有效性等。推荐经多年实践人员参加考核的，被推荐者申报的医术专长应具有医术渊源，并确认被推荐者从事中医医术实践活动时间满5年。

**（三）推荐证明材料。**

多年实践人员，应当提供长期临床实践所在地县级以上中医药主管部门或者所在村（居）委会所出具的从事中医医术实践活动证明（须明确申报人从事中医医术实践活动满5年），或者至少十名患者的推荐证明（患者就诊时间须分布在5个年度及以上；每名推荐患者分别填写《患者推荐表》；推荐患者所患疾病须与被推荐者所申报的治疗病证相符；患者作为推荐人须熟悉被推荐

者所治疗的疾病及疗效，了解其从事医术实践活动的机构名称或地点，同时承诺配合接受审核部门的调查核实工作，不配合者，该患者的推荐无效；推荐患者与被推荐者有近亲属或利害关系的应当回避）。

**三、申报材料要求**

按照《暂行办法》第十条、第三十八条等要求执行，有关填报表格按《2025年广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名表格》（附件），其中《中医医术确有专长人员医师资格考核申请表》采用《国家中医药管理局关于印发<中医医术确有专长人员医师资格考核申请表>和<中医医术确有专长人员医师资格考核结论表>式样的通知》（国中医药医政发〔2017〕31号）印制的表格。为做好考核报名工作，提出如下要求：

**（一）总体要求。**

1.申报人提交的申报材料必须真实、有效，不得弄虚作假，一经发现，取消报名资格。存在违法违规行为的，依法依规追究相关人员的责任。

2.提交的表格中相关栏目如没有，请填写“无”。

3.考核结论为综合评定结果，建议申报人慎重选择申报的技术方法和治疗病证的数量。

4.选取的5例回顾性病案，病案所采用的中医药技术方法和治疗病证应与申报的医术专长相符。

5.申报人提交本人的证书证件等复印件须与原件相符并经

申报人签名确认，现场报名时由受理人员核对原件，核对无误后，核对人在复印件上加具“与原件相符”的意见并签名确认，加盖印章。

指导老师或推荐医师的《医师资格证书》《医师执业证书》《专业技术资格证书》（如有）等证书复印件，核对人加具“与原件相符”的意见，签名并加盖单位印章。

6.申报材料用 A4 纸双面打印或复印，按申报材料清单的顺序排列，每页标注页码，装订成册，并装入文件袋中。文件袋请贴《广东省中医医术确有专长人员医师资格考核文件袋封面页》。

申报材料一式 8 份，其中市、县（区）卫生健康中医药主管部门各存留 1 份，其余上报省级中医药主管部门。申报材料一经提交，不予退回; 除各级卫生健康中医药主管部门因审核需要要求补充的材料外，不再接收任何材料。

7.提供申报人近期一寸免冠正面白底彩色照片 3 张，照片背后填写格式为：“申报人姓名（地市+县区）”。

**（二）师承学习人员。**

师承学习人员的跟师学习笔记、临床实践记录等连续跟师学习中医满五年的原始材料，须交跟师临床实践医疗机构核对。跟师临床实践医疗机构与指导老师主要执业机构不一致，属多点执业带教的，须由指导老师主要执业机构核对多点执业的时间,并提供指导老师与带教机构的合同（协议）书。

跟师学习笔记、临床实践记录等材料不需与其他申报材料装订成册，不随申报材料上报，由县级卫生健康中医药主管部门留存备查，考核工作结束后退回申报人。

**（三）多年实践人员。**

多年实践人员应提供具有医术渊源的相关证明材料，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、医籍文献等可溯源学术渊源传承学习的证明材料。

**四、报名地点和时间**

申报人持有效身份证件，携带规定的材料，向长期临床实践所在地县级卫生健康中医药主管部门提交申报材料（附件），现场报名形式及现场报名具体开始时间由各地卫生健康中医药主管部门从方便考生报名的角度自行统筹安排，各地报名截止时间统一为2025年5月20日。

**五、其他**

（一）各地市卫生健康中医药管理部门参照2024年的审核工作要求，于2025年6月30日前，先将地市复审通过的考生申报材料（1份非原件）和地市名单汇总表（无须盖章）报送省级审核，资料寄送至广州中医药大学继续教育学院。

（二）申报材料通过审核且公示无异议后，拟于2025年11月开展考核相关工作，具体安排另行通知。

（三）本通知发出后，如国家卫生健康委、国家中医药管理局有新的规定出台，按国家新出台的规定执行。

（四）为加强各地沟通协调，保证考核各项工作顺利开展，随文附上各级中医药主管部门联系方式（附后）。

附件：2025年广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名表格

广东省中医药局办公室

2025年3月26日

附件

# 2025年广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名表格

| | |
|---|---|
| 附件1 | 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核文件袋封面页 |
| 附件2-1 | 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单（师承学习人员） |
| 附件2-2 | 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单（多年实践人员） |
| 附件2-3 | 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单（取得《乡村医生执业证书》的中医药一技之长人员） |
| 附件3-1 | 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 |
| 附件3-2 | 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 |
| 附件4 | 中医医术专长综述 |
| 附件5 | 推荐医师承诺书 |
| 附件6 | 传统医学师承关系合同书（样式） |
| 附件7 | 跟师学习情况书面评价意见（及《跟师学习时间列表》） |
| 附件8 | 继续跟师学习情况表 |
| 附件9 | 近五年从事医术实践活动情况表 |
| 附件10 | 从事中医医术实践活动证明 |
| 附件11 | 患者推荐汇总表（及《患者推荐表》） |
| 附件12 | 中医医师指导医术实践活动情况表（及《中医医师指导医术实践时间列表》） |
| 附件13 | 回顾性中医医术实践（病案）资料汇总表（及《回顾性中医医术实践（病案）资料》） |
| 附件14 | 现场中药辨识申报表 |
| 附件15 | 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表 |

**附件 1**

编号：　　（2025）　　号

# 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核文件袋封面页

市　　县（区/市）

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td></td><td colspan="2">联系方式（手机）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="3"></td><td>邮编</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">申报人类别<br>（选择其中一项）</td><td colspan="5">☐ 师承学习人员（☐已取得　☐未取得 本省《传统医学师承出师证书》）</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ 多年实践人员（☐已取得 ☐未取得 本省《传统医学医术确有专长证书》）</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ 取得本省《乡村医生执业证书》的中医药一技之长人员</td></tr>
<tr><td>从事中医医术实践活动机构名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>从事中医医术实践活动的地址</td><td colspan="5">市　　县(市/区)　　镇(街道)　　村(路)　　号</td></tr>
<tr><td>申报的专长名称</td><td colspan="5">使用　　（填技术名称）治疗　　（填疾病名称）</td></tr>
<tr><td>申报技术方法类别（勾选一项）</td><td>☐内服方药类</td><td colspan="2">☐外治技术类<br>具体技术名称:</td><td colspan="2">内外兼有<br>☐内服方药为主，外治技术为辅<br>☐外治技术为主，内服方药为辅<br>技术名称:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">指导老师<br>（师承学习人员）</td><td>姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>专业技术资格证书的专业名称</td><td></td><td>现从事专业</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主要执业机构</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">推荐医师 1</td><td>姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>专业技术资格证书的专业名称</td><td></td><td>现从事专业</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主要执业机构</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">推荐医师 2</td><td>姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>专业技术资格证书的专业名称</td><td></td><td>现从事专业</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主要执业机构</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

说明：1.所有材料用 A4 纸双面打印或复印。2.编号由**市级卫生健康部门**统一填写，规则为地市序列号，如：广州（2024）01 号。3.“申报技术方法类别”必须勾选，且“技术名称”

填报完整

附件 2-1

# 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单（师承学习人员）

市　　县（市、区）　　申报人:

| 序号 | 材料名称 | 说明 | 页码 |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 | 附件 3-1 | |
| 2 | 本人有效身份证明 | 复印件 | |
| 3 | 中医医术专长综述(及相关佐证材料) | 附件 4 | |
| 4 | 推荐医师承诺书(及两名推荐医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格任职证书（如有）复印件) | 附件 5 | |
| 5 | 传统医学师承关系合同书(复印件) | 附件 6 | |
| 6 | 跟师学习情况书面评价意见（及《跟师学习时间列表》） | 附件 7 | |
| 7 | 《传统医学师承出师证书》（已取得本省《传统医学师承出师证书》的人员需提交） | 复印件 | |
| 8 | 继续跟师学习情况表（及附件 7-2《跟师学习时间列表》，已取得本省《传统医学师承出师证书》的人员需提交） | 附件 8 | |
| 9 | 回顾性中医医术实践（病案）资料汇总表（及 5 例回顾性中医医术实践（病案）资料） | 附件 13 | |
| 10 | 现场辨识中药申报表（治疗过程涉及中药的人员需提交） | 附件 14 | |
| 11 | 近期一寸（大约 25mm × 35mm）免冠正面白底彩色照片，背面须用正楷写清楚“姓名+地市” | 3 张 | 另附 |
| 12 | 跟师学习笔记、临床实践记录等连续跟师学习中医满五年的原始记录等相关材料(不与上述材料装订成册) | 初审部门暂存备查 | 不编页码 |

说明: 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表使用国家统一样式的表格（国中医药医政发〔2017〕31 号）。

附件 2-2

# 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单
（多年实践人员）

市　　县（市、区）　　申报人:

| 序号 | 材料名称 | 说明 | 页码 |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 | 附件 3-2 | |
| 2 | 本人有效身份证明 | 复印件 | |
| 3 | 中医医术专长综述（及相关佐证资料） | 附件 4 | |
| 4 | 推荐医师承诺书（及两名推荐医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格任职证书（如有）复印件） | 附件 5 | |
| 5 | 近五年从事医术实践活动情况表 | 附件 9 | |
| 6 | □　从事中医医术实践活动证明 | 附件 10<br>或<br>附件 11 | |
| | □　患者推荐汇总表（及《患者推荐表》） | | |
| 7 | 中医医师指导医术实践活动情况表（及《中医医师指导医术实践时间列表》，所从事中医医术实践活动时间在《中医药法》实施之后的需提交） | 附件 12 | |
| 8 | 回顾性中医医术实践（病案）资料汇总表（及 5 例回顾性中医医术实践（病案）资料） | 附件 13 | |
| 9 | 现场辨识中药申报表（治疗过程涉及中药的人员需提交） | 附件 14 | |
| 10 | 《传统医学医术确有专长证书》(已取得本省《传统医学医术确有专长证书》人员需提交) | 复印件 | |
| 11 | 近期一寸（大约 25mm × 35mm）免冠正面白底彩色照片，背面须用正楷写清楚“姓名+地市” | 3 张 | 另附 |

说明: 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表使用国家统一样式的表格（国中医药医政发〔2017〕31号）。

附件 2-3

# 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单
## （取得《乡村医生执业证书》的中医药一技之长人员）

市　　县（市、区）　　申报人:

| 序号 | 材料名称 | 说明 | 页码 |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 | 附件 3-2 | |
| 2 | 本人有效身份证明 | 复印件 | |
| 3 | 中医医术专长综述（及相关佐证资料） | 附件 4 | |
| 4 | 推荐医师承诺书（及两名推荐医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格任职证书（如有）复印件） | 附件 5 | |
| 5 | 回顾性中医医术实践（病案）资料汇总表（及 5 例回顾性中医医术实践（病案）资料） | 附件 13 | |
| 6 | 现场辨识中药申报表（治疗过程涉及中药的人员需提交） | 附件 14 | |
| 7 | 《乡村医生执业证书》复印件 | 复印件 | |
| 8 | 近期一寸（约 25mm × 35mm）免冠正面白底彩色照片，背面须用正楷写清楚“姓名+地市” | 3 张 | 另附 |

说明: 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表使用国家统一样式的表格（国中医药医政发〔2017〕31 号）。

附件 3-1

# 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

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td rowspan="4">照 片</td></tr>
<tr><td>出生年月</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>文化程度</td><td></td><td>政治面貌</td><td></td></tr>
<tr><td>健康状况</td><td></td><td>现从事主要职业</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>家庭地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>邮编</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>户籍所在地</td><td></td><td>身份证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>跟师学习地点</td><td></td><td>跟师学习时间</td><td colspan="2">年 月至 年 月</td></tr>
<tr><td>医术专长</td><td colspan="2">（使用 xx 技术治疗 xx 病症）</td><td>申报类别</td><td>1.内服方药□ 2.外治技术□<br>3.内服方药为主，外治技术为辅□<br>4.外治技术为主，内服方药为辅□</td></tr>
<tr><td colspan="2">近五年服务人数</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>文化学习经历</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>跟师学习<br>医术及实践<br>经历</td><td colspan="4">（请写明具体实践时间、地点和详细地址、实践形式等）</td></tr>
<tr><td>医术专长<br>综述</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">考核情况<br>（如实填写）</td><td colspan="4">是否已取得中医《专长》医师资格证书：□ 是 ，□ 否。<br>若已取得《中医（专长）医师资格证书》须附上证书复印件。</td></tr>
<tr><td>资格证编码:</td><td></td><td>发放省份:</td><td></td></tr>
<tr><td>中医药技术方法:</td><td></td><td>治疗病证范围:</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">回顾性中医医术实践资料 5 例（需提供患者真实姓名、住址、电话，以附件形式附后）</td></tr>
</table>

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。

本人签字并按手印：_____

日　　期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="8">指导老师<br>基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td><td>从事中医临床工作时间</td><td></td></tr>
<tr><td>职称</td><td></td><td colspan="2">联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>医师资格证书编码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>医师执业证书编码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>临床特长</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">指导老师意见：<br><br><br><br>签字并按手印：_____<br><br>日　　期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

# 推荐材料 一

<table>
<tr><td rowspan="8">推荐医师基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>职称</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>专业</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医师资格证书编码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医师执业证书编码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>推荐医师意见</td><td colspan="4">本人承诺以上推荐内容真实准确。<br>推荐医师签字:<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

# 推荐材料 二

<table>
<tr><td rowspan="8">推荐医师基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>职称</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>专业</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医师资格证书编码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医师执业证书编码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>推荐医师意见</td><td colspan="4">本人承诺以上推荐内容真实准确。<br>推荐医师签字:<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 县级中医药主管部门意见 | （初审意见）<br><br>审核人签字<br><br>单位负责人签字<br>（单位公章）<br>年　　月　　日 |
| 地市级中医药主管部门意见 | （复审意见）<br><br>审核人签字<br><br>单位负责人签字<br>（单位公章）<br>年　　月　　日 |
| 省级中医药主管部门意见 | （审核意见）<br><br>审核人签字<br><br>单位负责人签字<br>（单位公章）<br>年　　月　　日 |

# 填表说明

1.本表供中医医术确有专长人员（师承学习人员）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.第1—2页由申请人填写，第3页由申请人的指导老师填写，第4-5页由推荐医师填写，第6页由各级中医药主管部门填写。

4.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.申请表照片应粘贴申请人近期一寸免冠白底照片。

6.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

7.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

8.身份证号码：也可填写军官证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证等其他有效身份证明编号。

9.跟师学习地点：应具体到跟师学习及临床实践医疗机构。

10.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。

11.近五年服务人数：是指近五年内在指导老师指导下应用医术专长服务的人数。

12.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。

13.指导老师基本情况：需附指导老师医师资格证书、医师执业证书复印件，中医类副主任医师以上专业技术职务任职资格证书复印件或者指导老师工作单位出具的从事中医临床工作十五年以上证明材料。

14.指导老师意见：包括对学生跟师学习情况的评价意见及出师结论等。

15.推荐医师基本情况：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书复印件。

16.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

附件 3-2

# 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

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td rowspan="4">照 片</td></tr>
<tr><td>出生年月</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>文化程度</td><td></td><td>政治面貌</td><td></td></tr>
<tr><td>健康状况</td><td></td><td>现从事主要职业</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>家庭地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>邮编</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>户籍所在地</td><td></td><td>身份证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>医术实践地点</td><td></td><td>医术实践时间</td><td colspan="2">年 月至 年 月</td></tr>
<tr><td>医术专长</td><td colspan="2">（使用 XX 技术治疗 XX 病证）</td><td>申报类别</td><td colspan="2">1.内服方药□ 2.外治技术□<br>3.内服方药为主，外治技术为辅□<br>4.外治技术为主，内服方药为辅□</td></tr>
<tr><td>学习途径</td><td colspan="3">自学□ 家传□ 跟师□ 自创□</td><td>近五年服务人数</td><td></td></tr>
<tr><td>医术渊源</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>个人<br>学习经历</td><td colspan="4">（请写明 1. 文化教育具体情况，包括时间、学历、学校、专业等；2. 中医药学习具体情况，包括学习的时间、地点和过程内容等）</td></tr>
<tr><td>医术实践<br>经历</td><td colspan="4">（请写明具体实践时间、地点和详细地址、实践形式等）</td></tr>
<tr><td>医术专长<br>综述</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">考核情况<br>（如实填写）</td><td colspan="4">是否已取得中医《专长》医师资格证书：□ 是 ，□ 否。<br>若已取得《中医（专长）医师资格证书》须附上证书复印件。</td></tr>
<tr><td>资格证编码：</td><td></td><td>发放省份：</td><td></td></tr>
<tr><td>中医药技术方法：</td><td></td><td>治疗病证范围：</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">回顾性中医医术实践资料 5 例（需提供患者真实姓名、住址、电话，以附件形式附后）</td></tr>
<tr><td colspan="5">本人承诺所申报信息全部真实准确，如有虚假，本人自行承担后果。<br><br>本人签字并按手印：_____<br>日　期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

# 推荐材料 一

<table>
<tr><td rowspan="8">推荐医师基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>职称</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>专业</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医师资格证书编码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医师执业证书编码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>推荐医师意见</td><td colspan="4">本人承诺推荐内容真实准确。<br>推荐医师签字:<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

# 推荐材料 二

<table>
<tr><td rowspan="8">推荐医师基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>职称</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>专业</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医师资格证书编码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医师执业证书编码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>推荐医师意见</td><td colspan="4">本人承诺推荐内容真实准确。<br>推荐医师签字:<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 县级中医药主管部门意见 | （初审意见）<br><br>审核人签字<br><br>单位负责人签字<br>（单位公章）<br>年　　月　　日 |
| 地市级中医药主管部门意见 | （复审意见）<br><br>审核人签字<br><br>单位负责人签字<br>（单位公章）<br>年　　月　　日 |
| 省级中医药主管部门意见 | （审核意见）<br><br>审核人签字<br><br>单位负责人签字<br>（单位公章）<br>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.第1—2页由申请人填写，第3-4页由推荐医师填写，第5页由各级中医药主管部门填写。

4.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.申请表照片应粘贴申请人近期一寸免冠白底照片。

6.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

7.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

8.医术实践地点：应具体到XX省（区、市）XX市（地、州、盟）XX县（区、旗）XX乡（镇、街道）。

9.医术专长：应包含申报人使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围。使用的中医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使用XX技术治疗XX病证”。

10.近五年服务人数：是指近五年内应用申报的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。

附件 4

# 中医医术专长综述

| 姓　名 | | 医术专长名称 | |
|---|---|---|---|
| 重点介绍:<br>1. 医术渊源（包括通过非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等，形成清晰的、可溯源的传承脉络，师承学习人员、取得《乡村医生执业证书》的一技之长人员可不介绍）;<br>2. 医术的基本内容及特点（包括独特性）描述;<br>3. 医术专长适应症或适用范围;<br>4. 医术安全性（包含禁忌证、毒副作用）;<br>5. 医术有效性;<br>6. 医术潜在的风险及防范措施。<br><br>（医术专长超过 1 个的，按以上顺序逐一介绍，**每个医术专长综述不超过 3000 字，需按本页表格下方要求提供相关佐证材料**。）<br><br>本人对以上填写内容真实性做出承诺，如有虚假，愿意按照《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》有关规定，承担相应后果。<br><br>申报人签名并按手印:<br>年　　月　　日 | | | |

**需附下列材料:** 医术渊源、方法独特性、有效性等佐证材料（可附多页）。师承学习人员、取得《乡村医生执业证书》的一技之长人员不需提交医术渊源的佐证材料。

附件 5

# 推荐医师承诺书

<table>
<tr><td rowspan="5">推荐医师基本情况</td><td>姓　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td>职称</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>执业类别</td><td></td><td colspan="2">最近一次医师定期考核合格年度</td><td colspan="2">年</td></tr>
<tr><td>专业技术资格证书的专业名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>主要执业机构</td><td colspan="3"></td><td>所在科室</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">被推荐者基本情况</td><td>姓　名</td><td></td><td>职业</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申报的中医医术专长</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>从事中医医术活动的机构名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>从事中医医术活动的地址</td><td colspan="5">市　　县(市/区)　　镇(街道)　　村(路)　　号</td></tr>
<tr><td>从事中医医术活动的时间</td><td colspan="5">年　月至　　年　月（共　年　月）</td></tr>
<tr><td>推荐医师与被推荐者的关系及熟悉程度</td><td colspan="6">本栏目填写内容包括：1.何时通过何种途径认识被推荐者；2.介绍被推荐者医术实践（跟师学习）的职业道德情况；3.被推荐者中医基础理论、基本技能掌握情况。</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 推荐医师意见 | 本栏目填写内容包括：1.申报的医术专长的医术渊源（推荐多年实践人员参加考核的需介绍）；2.申报的医术专长的独特性、安全性及疗效等。 |
| 推荐医师承诺 | 本人承诺：<br>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》对推荐医师的要求。<br>二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。<br>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。”之规定有充分地了解。<br>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。<br>五、愿配合审核部门的调查核实工作。<br><br>推荐医师签名并按手印：<br>年　月　日 |

**需附下列材料：**推荐医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格证书（如有）等复印件。（县区卫健核对人加具“与原件相符”意见，签名并加盖单位印章）

附件 6

# 传统医学师承关系合同书（样式）

指　导　老　师_____

师　承　人　员_____

签　订　日　期_____

公　证　日　期_____

甲方（指导老师）：　　乙方（师承人员）：

姓名：　　姓名：

性别：　　性别：

出生年月：　　出生年月：

单位名称及地址：　　单位名称及地址或家庭住址：

依据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（卫生计生委令第15号）的有关规定，经指导老师与师承人员甲乙双方在平等自愿、协商一致的原则下，建立师承学习关系，双方订立合同如下：

一、师承教学时间：自_____年___月 __日至_____年___月___日止，总计不少于700工作日（**需有教学记录**）。

二、师承教学的地点(**需为合法医疗机构**)：

三、师承教学的基本目标（包括职业道德及业务水平）：

四、师承教学的主要内容：

1. 中医（民族医）专业基础知识与基本技能：

2. 中医（民族医）学术经验:

3. 中医（民族医）技术专长:

五、师承教学的方式方法:

六、指导老师职责:

自觉遵守国家的法律、法规，具有良好的医德医风，严谨的科学态度，爱岗敬业，为人师表，保证临床（实践）带教时间，精心组织教学，悉心传授学术经验和技术专长，按照确定的师承教学计划，保质保量地完成带教任务。

七、师承人员职责:

自觉遵守国家的法律、法规，具有良好的医德医风，严谨的科学态度，勤奋好学，尊师守纪，保证跟师学习时间。虚心刻苦学习指导老师的临床

经验和技术专长，认真做好跟师笔记，及时归纳整理，并加以研究。诚实地接受指导老师和管理部门的检查和考核，完成教学计划确定的学习任务，努力提高自身的职业道德、业务素质和水平。

八、其它:

本合同一式伍份，双方签字后经县级以上公证机构公证，师承关系合同自公证之日起生效，其中甲乙双方各执一份，指导老师的带教机构与负责监督管理的卫生健康管理部门各留存一份，公证机构留存备案一份，均具有同等法律效力。

甲　方(签字或盖章):　　乙　方(签字或盖章):

签订日期:　　年　　月　　日　　签订日期:　　年　　月　　日

注：1、签订本师承关系合同必须用钢笔（或签字笔）书写，不得使用圆珠笔。
2、本师承关系合同书应经指导老师单位所在地县级以上公证机构公证。

说明：
1、本师承关系合同书自 2019 年 12 月 24 日印发粤中医办函〔2019〕139 号起执行，2019 年 12 月 24 日之前已签订的合同书继续有效。
2、申报中医医术确有专长人员医师资格考核时请同时附指导老师的《医师资格证书》《医师执业证书》《专业技术资格证书》（如有）等复印件（核对人加具“与原件相符”意见，签名并加盖单位印章）

附件 7-1

# 跟师学习情况书面评价意见

<table>
<tr><td>申报人</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>学历</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="8">指导老师基本情况</td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>职称</td><td></td><td>职务</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位<br>（主要执业机构）</td><td colspan="3"></td><td>单位负责人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">未出师人员</td><td>姓名</td><td colspan="2">身份证号</td><td colspan="3">带教起止时间</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">师承合同管理情况</td><td>公证时间</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>存档时间</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>存档机构</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>带教机构</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">跟师学习时长（工作日）</td><td>年</td><td>年</td><td>年</td><td>年</td><td>年</td><td>年</td><td></td></tr>
<tr><td>天</td><td>天</td><td>天</td><td>天</td><td>天</td><td>天</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">累计 5 年共　　工作日（详细时间见《跟师学习时间列表》，附件 7-2）</td></tr>
<tr><td>指导老师意见</td><td colspan="7">（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）</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| | 出师结论:<br><br>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。<br><br>指导老师签名:<br>年　月　日 |
| 带教机构意见 | （重点核实师承人员临床实践时间是否达到5年共700个工作日，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）<br><br>负责人（签名）:<br>单位（或管理科室）名称（盖章）:<br>年　月　日 |
| 指导老师主要执业机构意见 | （指导老师不在主要执业机构带教的须填写本栏目，主要执业机构主要核对指导老师在带教机构多点执业的时间是否达到5年700个工作日）<br><br>核对人:　　负责人（签名）:<br>单位（或管理科室）名称（盖章）:<br>年　月　日 |

说明：1.本表由指导老师填写，经指导老师带教机构及主要执业机构加具意见；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.《实施办法》是指《广东省卫生健康委员会 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》（粤中医规〔2020〕1号。4.指导老师如已退休，主要执业机构不需要加具意见。

附件 7-2

# 跟师学习时间列表（　　年）

申报人:　　指导老师:

| 月份 | 跟师学习具体日期 | 累计时长（工作日） |
|---|---|---|
| 1 月 | | |
| 2 月 | | |
| 3 月 | | |
| 4 月 | | |
| 5 月 | | |
| 6 月 | | |
| 7 月 | | |
| 8 月 | | |
| 9 月 | | |
| 10 月 | | |
| 11 月 | | |
| 12 月 | | |
| 小计 | | |

师承人员签名:　　指导老师签名:

年　月　日　　年　月　日

说明：1、本表**每年度填写**一份；2、指导老师带教机构不在工作单位（主要执业机构），属多点执业带教的，请附指导老师与带教机构的合同（协议）书复印件。

附件 8

# 继续跟师学习情况表

（本表适用于已取得《传统医学师承出师证》的人员）

<table>
<tr><td>申报人</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>学历</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="8">指导老师基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>职称</td><td></td><td>职务</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位<br>（主要执业机构）</td><td colspan="3"></td><td>单位负责人</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">未出师人员</td><td>姓名</td><td colspan="2">身份证号</td><td colspan="2">带教起止时间</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">原师承学习情况</td><td>师承合同公证时间</td><td colspan="2">年 月 日</td><td>出师考核时间</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr>
<tr><td>带教机构</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>出师证编码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">继续跟师学习情况</td><td>是否签订合同</td><td colspan="2">□ 是 □ 否</td><td>合同是否公证</td><td colspan="2">□ 是 □ 否</td></tr>
<tr><td>公证时间</td><td colspan="2">年 月 日</td><td>存档时间</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr>
<tr><td>跟师学习开始时间</td><td colspan="2">年 月 日</td><td>跟师学习结束时间</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr>
<tr><td>带教机构</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">继续跟师学习时长（工作日）</td><td colspan="2">年</td><td colspan="2">年</td><td colspan="2">年</td></tr>
<tr><td colspan="2">天</td><td colspan="2">天</td><td colspan="2">天</td></tr>
<tr><td colspan="7">累计 2 年共 工作日，详细时间见《跟师学习时间列表》（附件 7-2）</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 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。）<br><br>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法律责任。<br><br>指导老师签名：　　年　月　日 |
| 带教机构意见 | （重点核实师承学习人员跟师学习时间是否达到2年共280个工作日，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。）<br><br>负责人签名：<br><br>单位（或管理科室）名称（盖章）：<br><br>年　月　日 |
| 指导老师主要执业医疗机构意见 | （指导老师不在主要执业机构带教的须填写本栏目，主要执业机构主要核对指导老师在带教机构多点执业的时间是否达到2年280个工作日。）<br><br>核对人签名：　　负责人签名：<br><br>单位（或管理科室）名称（盖章）：<br><br>年　月　日 |

说明：1.本表由指导老师填写，经指导老师带教机构及主要执业机构加具意见；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.《实施办法》是指《广东省卫生健康委员会 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》（粤中医规〔2020〕1号。4.指导老师如已退休，主要执业机构不需要加具意见。

附件 9

# 近五年从事医术实践活动情况表

## （多年实践人员）

申报人:　　从事中医医术实践活动时间:　年 月至　年 月

| 年度 | 医术实践活动地点 | 累计工作日 | 服务人数 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合计 | | | |

申报人签名并按手印:

年　月　日

附件 10

# 从事中医医术实践活动证明

（供县级卫生健康中医药主管部门或村（居）委会用）

兹证明:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 姓名 | | 性别 | |
| 出生年月 | | 身份证号 | |
| 从事中医医术实践活动机构名称 | | | |
| 从事中医医术实践活动地址 | 市　　县(区/市)　　镇(街道)　　村(路)　　号 | | |
| 从事中医医术实践活动时间 | 年　　月至　　年　　月（共计　　年　　月） | | |

说明：如申报人在申报材料中涉及多个医术实践地点的，每个实践点均须提供此表。

经办人:　　联系电话:

负责人（签名）:

单位名称（盖章）:

年　　月　　日

附件 11-1

# 患者推荐汇总表

被推荐者姓名：_____身份证号：_____从事中医医术实践活动时间：　年　月至　年　月（共计　年　月）

| 序号 | 患者姓名 | 性别 | 身份证号 | 现联系电话 | 通讯地址 | 就诊时情况 | | | | 是否近亲属或存在利害关系 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 就诊时间 | 就诊机构名称 | 就诊地点 | 所患疾病（或就诊原因） | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

说明：1、本表根据 10 名患者的《患者推荐表》汇总而成；2、10 名患者就诊时间**须跨 5 个**以上**年度**。

附件 11-2

# 患者推荐表

（多年实践人员）

被推荐者:

<table>
<tr><td>推荐患者姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>身份证号</td><td></td><td>现联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">通讯地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">被推荐者情况</td><td>从事中医医术实践活动的机构名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>从事中医医术实践活动的地址</td><td colspan="6">市　　县(市/区)　　镇(街道)　　村(路)　　号</td></tr>
<tr><td>从事中医医术实践活动时间</td><td colspan="6">从　　年　月到　　年　月（共计　　年　月）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">推荐患者就诊时情况</td><td>就诊时间</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td>就诊时年龄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>就诊机构名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>就诊地点</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>所患疾病（或就诊原因）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>工作单位(或家庭住址)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>推荐理由</td><td colspan="7">简要介绍诊疗过程、治疗效果等，并附在被推荐者从事医术实践活动机构就诊的佐证材料（如病历或处方/治疗单/门诊日志/收费凭证等原始记录的复印件）。</td></tr>
<tr><td colspan="8">承诺意见:<br>本人自愿推荐　　参加　　年度广东省中医医术确有专长人员医师资格考核。本表填报的信息全部真实准确，如有虚假并造成不良后果，本人愿意承担一切后果。同时承诺本人与被推荐者不存在近亲属或利害关系，并配合审核部门的调查核实工作。<br>推荐人签名并按手印:<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

**需附下列材料:** 1、推荐患者的身份证复印件（须经推荐患者签名并按手印确认）;

2、在被推荐者从事医术实践活动机构就诊的相关佐证材料（如: 病历、处方、治疗单、门诊日志、交费凭证等原始记录的复印件）。

附件 12-1

# 中医医师指导医术实践活动情况表

<table>
<tr><td rowspan="5">指导医师基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td></td><td colspan="2">联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>执业类别</td><td></td><td colspan="2">最近一次医师定期考核合格年度</td><td colspan="2">年</td></tr>
<tr><td>医师资格证书编码</td><td></td><td colspan="2">医师执业证书编码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主要执业机构</td><td colspan="3"></td><td>所在科室</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="7">申报人基本情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性　别</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>职业</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td></td><td>出生年月</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申报的医术专长</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>指导中医医术实践活动的机构名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>指导中医医术实践活动的地址</td><td colspan="5">市　　县(市/区)　　镇(街道)　　村(路)　　号</td></tr>
<tr><td>指导中医医术实践活动的时间</td><td colspan="5">年　月至　　年　月（共　年　月，具体时间见《中医医师指导医术实践时间列表》附件 12-2）</td></tr>
<tr><td>指导医师意见</td><td colspan="6">（介绍申报人的临床实践职业道德情况，中医基础理论、基本技能掌握程度，申报专长特点、安全性、疗效等）</td></tr>
<tr><td>指导医师承诺</td><td colspan="6">本人已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》对指导医师的要求，本人符合指导医师条件。本人承诺，以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。同时，承诺配合审核部门的调查核实工作。<br>指导医师签名并按手印:<br>年　月　日</td></tr>
</table>

说明：多年实践人员所从事的中医医术实践活动在《中医药法》实施（即 2017 年 7 月 1 日）之后的，由指导医师填写本表。

附件 12-2

# 中医医师指导医术实践时间列表（　　年）

申报人:　　身份证号:　　指导医师:

| 月份 | 指导医术实践活动具体日期 | 累计<br>工作日 |
|---|---|---|
| 1 月 | | |
| 2 月 | | |
| 3 月 | | |
| 4 月 | | |
| 5 月 | | |
| 6 月 | | |
| 7 月 | | |
| 8 月 | | |
| 9 月 | | |
| 10 月 | | |
| 11 月 | | |
| 12 月 | | |
| 小计 | | |

申报人签名并按手印:　　指导医师签名并按手印:

年　月　日　　年　月　日

说明: 本表每年度填写一页

**需附下列材料:** 1、指导医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格证书（如有）的复印件（核对人加具“与原件相符”意见，签名并加盖单位印章）。

2、指导医师所在单位的《医疗机构执业许可证》（副本）或《中医诊所备案证》复印件（加盖医疗机构公章）

附件 13-1

# 回顾性中医医术实践（病案）资料汇总表

（本表根据附件 13-2 整理）

申报人:　　身份证号:　　申报专长:

| 序号 | 患者姓名 | 性别 | 现联系电话 | 工作单位或家庭住址 | 就诊时情况 | | | | | 是否近亲属或存在利害关系 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 就诊时间 | 就诊时年龄 | 就诊机构 | 就诊地点 | 所患疾病 | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |

说明：本表根据《回顾性中医医术实践（病案）资料》附件 13-2 整理而成，按要求填报。

附件 13-2

# 回顾性中医医术实践（病案）资料

申报人:　　申报专长:

<table>
<tr><td>患者姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>现联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>现住址或工作单位</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">以下信息按患者就诊时情况填写</td></tr>
<tr><td rowspan="4">就诊信息</td><td colspan="3">就诊时间:　　年　　月　　日</td><td colspan="2">就诊时年龄:</td></tr>
<tr><td colspan="5">就诊机构:</td></tr>
<tr><td colspan="5">就诊地点:</td></tr>
<tr><td colspan="5">就诊时住址或工作单位:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">问诊</td><td colspan="5">主诉:</td></tr>
<tr><td colspan="5">现病史:</td></tr>
<tr><td colspan="6">望、闻、切诊:</td></tr>
<tr><td colspan="6">诊断:<br>（病名后的括号内写证型）</td></tr>
<tr><td colspan="6">治法:</td></tr>
<tr><td colspan="6">处方:<br>（技术方法或方名、药味及剂量）</td></tr>
<tr><td colspan="6">二诊（三诊...）记录（如有，参照首诊要求整理）</td></tr>
<tr><td colspan="6">按语：本病案在治疗上的特点及治疗效果总结（不超过 500 字，并附相关佐证材料）</td></tr>
<tr><td colspan="6">本人承诺上述内容真实准确。<br>申报人签名并按手印:<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

说明：1.**须提供患者在就诊机构就诊的相关佐证材料**（如：病历、处方、治疗单、门诊日志、交费凭证等原始记录的复印件）；2.本病案在治疗上的特点及治疗效果，可附相关佐证材料进行说明。

附件 14

# 现场中药辨识申报表

<table>
<tr><td colspan="2">申报人姓名</td><td></td><td>申报医术专长</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">1</td><td>常用方剂</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>常用药物</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td>常用方剂</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>常用药物</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3</td><td>常用方剂</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>常用药物</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4</td><td>常用方剂</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>常用药物</td></tr>
<tr><td rowspan="2">5</td><td>常用方剂</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>常用药物</td></tr>
<tr><td rowspan="3">汇总</td><td colspan="4">常用方剂共　　方</td></tr>
<tr><td colspan="4">常用药物　　味（不少于 50 种），填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。</td></tr>
<tr><td colspan="4">是否有毒性药物 □ 是，□ 否。<br>如有，填入有毒药物表，以备专家考核使用。</td></tr>
</table>

| （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： | | | | | | | | | |

附件 15

# 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

填写说明：1、本表由市级卫生健康中医药管理部门填写后，提交纸质版（盖单位公章）和可编辑电子版（excel 版本）。2. 请在每个单元格中填写相应信息，**不得合并单元格**。3. “申报人类别”和“中医医术专长类别”请通过本表电子版下拉列表选择相应内容。4. 本表信息将用于制作证书，请确保**姓名、性别、身份证号、申报专长**等信息的准确性。

| 序号 | 编号 | 所在地市 | 所在县（区） | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 联系地址 | 申报人类别 | 申报的中医医术专长 | | | 指导老师（师承学习人员填写） | | | 推荐医师 1 信息 | | | 推荐医师 2 信息 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | 类别 | 中医药技术方法 | 治疗的疾病名称 | 姓名 | 主要执业机构 | 联系电话 | 姓名 | 主要执业机构 | 联系电话 | 姓名 | 主要执业机构 | 联系电话 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附：

# 各级中医药主管部门联系方式

| | |
|---|---|
| 广东省中医药局联系电话 | 020-83828429 |
| 广州中医药大学继续教育学院 | 020-36585519 |
| 广州市卫生健康委联系电话 | 020-37621816 |
| 深圳市卫生健康委联系电话 | 0755-88113767 |
| 珠海市卫生健康局联系电话 | 0756-2128895 |
| 佛山市卫生健康局联系电话 | 0757-83283236 |
| 汕头市卫生健康局联系电话 | 0754-87266957 |
| 韶关市卫生健康局联系电话 | 0751-8176597 |
| 河源市卫生健康局联系电话 | 0762-3331220 |
| 梅州市卫生健康局联系电话 | 0753-2265133 |
| 惠州市卫生健康局联系电话 | 0752-2833093 |
| 汕尾市卫生健康局联系电话 | 0663-3374616 |
| 东莞市卫生健康局联系电话 | 0769-23281066 |
| 中山市卫生健康局联系电话 | 0760-88360695 |
| 江门市卫生健康局联系电话 | 0750-3875813 |
| 阳江市卫生健康局联系电话 | 0662-3180900 |
| 湛江市卫生健康局联系电话 | 0759-3130069 |
| 茂名市卫生健康局联系电话 | 0668-2796888 |
| 肇庆市卫生健康局联系电话 | 0758-2846833 |
| 清远市卫生健康局联系电话 | 0763-3393988 |
| 潮州市卫生健康局联系电话 | 0768-2295711 |
| 揭阳市卫生健康局联系电话 | 0663-8256365 |

| | |
|---|---|
| 云浮市卫生健康局联系电话 | 0766-8608813 |

**公开方式**：主动公开

抄送：广州中医药大学继续教育学院。

校对：医政处　丰艳　　（共印 8 份）