

# 附件 1

## 表 1

### 江苏省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

姓 名		性 别		照片
民 族		出生年月		
学 历		健康状况		
身份证号码			联系电话（手机）	
工作单位			现从事主要职业	
户籍所在地				
家庭地址				
通讯地址	邮编：			
跟师学习医疗机构名称			跟师学习医疗机构地址	
公证合同的跟师学习时间	年 月 日至 年 月 日			
备案机关			备案时间	年 月
续签跟师学习医疗机构名称	（仅续签两年人员填写）		续签跟师学习医疗机构地址	
续签公证合同的跟师学习时间	年 月 日至 年 月 日			
续签备案机关			续签备案时间	年 月
获得我省《传统医学师承出师证书》	<input type="checkbox"/> 是，获得日期_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 否			
首次参加我省传统医学师承出师考核时间	_____年（仅参加过我省出师考核但未通过人员填写）			
跟师五年服务人次				





	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>出师结论：_____。</p> <p>二、本人知晓指导老师应当遵纪守法，恪守职业道德，信誉良好，在指导中无弄虚作假、徇私舞弊行为，并对《江苏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》规定的“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，同时按照江苏省医疗卫生信用管理有关规定处理”有充分的了解。</p> <p>三、本人现在同时带徒不超过4名，符合《江苏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》指导老师条件。</p> <p>（本人承诺以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的后果。）</p> <p style="text-align: right;">指导老师：_____（签名并按手印）</p> <p style="text-align: right;">日 期：      年    月    日</p>
带教机构意见	<p>带教机构名称：_____；机构类别：_____。</p> <p>申请人_____（身份证号_____）自____年__月__日至年__月__日在本机构_____科室，跟随医师_____（身份证号：_____）学习中医，学习时长累计共_____工作日，符合《江苏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》第六条（每周学习时间不少于6个半天，一年不少于50周）规定。</p> <p>具体评价意见：_____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">以上情况属实，如存在弄虚作假，将按照江苏省医疗卫生信用管理有关规定处理。</p> <p style="text-align: center;">医疗机构负责人签字：</p> <p style="text-align: center;">医疗机构盖章：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>





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

## 填表说明

1.本表供师承学习人员申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核时使用。

2.表格内容（除签字和按手印部分）在江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核报名系统中填写完整后，用 A4 纸正反面打印，最后钢笔或签字笔签字并按手印，字迹应当工整、清晰、可辨认。

3.该表格申请人基本信息由申请人填写；“指导老师评价意见和出师结论”由指导老师填写，有多个指导老师的，应同时提供；“带教机构意见”由带教机构填写，签名和医疗机构盖章应打印后完成，有多个带教机构的，应同时提供；“推荐医师意见”由推荐医师填写，推荐医师签名应打印后由推荐医师至被推荐申请人报名的县级卫生健康行政部门进行现场签署。

4.照片应为申请人近 6 个月 1 寸白底免冠正面白底照片。

5.学历：填写申请人目前所取得的最高学历。

6.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

7.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。

8.中医医术专长：应包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围，即“使用××技术诊治××病证”。中医药技术方法参照《中医医疗技术手册》；中医疾病名称参照《中医病证分类与代码》。





表 3

## 指导老师/推荐医师从事中医临床工作 满 15 年证明

兹有医师\_\_\_\_\_（身份证号码：\_\_\_\_\_），自  
至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
在\_\_\_\_\_（医疗机构）\_\_\_\_\_（科室）  
从事中医\_\_\_\_\_（专业）临床工作，已满\_\_\_\_\_年。  
特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日

---

### 对指导老师/推荐医师执业注册信息核查情况

经查医师\_\_\_\_\_（身份证号码：\_\_\_\_\_），  
自至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
执业注册在\_\_\_\_\_（医疗机构），已满\_\_\_\_\_年。

卫生健康行政部门盖章：

年 月 日

表 4

## 推荐医师专业证明

兹有医师\_\_\_\_\_ (身份证号码: \_\_\_\_\_), 现  
在本机构\_\_\_\_\_ (科室) 从事中医\_\_\_\_\_ (专  
业) 临床工作。

特此证明。

医疗机构负责人签字:

医疗机构盖章:

年 月 日



常用药物是否有毒性药物  否， 是。  
如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核和执业监督检查使用。

(一) 常用药物表

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	
51		52		53		54		55	
56		57		58		59		60	
61		62		63		64		65	
66		67		68		69		70	
71		72		73		74		75	
76		77		78		79		80	

(二) 毒性药物表

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	

申请人： (签字并按手印)

注：该表仅供申报的中医药技术方法是内服方药的或者外治技术中涉及使用中药的申请人填写。



治法和处方：

二诊（三诊……）有关情况（请对后续就诊的治法和处方情况进行陈述）：

病例分析及效果总结：

填表说明：

1. 此表由申请人自行填写，填写信息应真实、有效，患者联系电话应保持畅通、可供追溯，以便卫生健康行政部门核查。
2. 申报治疗 2 个及以上中医疾病的，每个中医疾病应提供 5 份病例。
3. 主诉、病史、辨证分析、治法和处方应根据患者就诊情况进行描述。
4. 请附患者就诊的相关佐证材料（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）。
5. 病例分析及效果总结应不少于 300 字，可附相关佐证材料。