

附件 4

（此表为备案系统导出样表，仅供参考使用，该表内容请务必在  
备案系统内线上填写）

中医医术确有专长人员（多年实践人员）  
医师资格考核备案申请表

|        |                                                                                                                 |         |             |     |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----|
| 姓名     |                                                                                                                 | 性别      |             | 照 片 |
| 出生年月   |                                                                                                                 | 民族      |             |     |
| 文化程度   |                                                                                                                 | 政治面貌    |             |     |
| 健康状况   |                                                                                                                 | 现从事主要职业 |             |     |
| 工作单位   |                                                                                                                 |         |             |     |
| 家庭地址   |                                                                                                                 |         |             |     |
| 通讯地址   |                                                                                                                 |         |             |     |
| 邮编     |                                                                                                                 | 联系电话    |             |     |
| 户籍所在地  |                                                                                                                 | 身份证号码   |             |     |
| 医术实践地点 |                                                                                                                 | 医术实践时间  | 年 月 至 年 月   |     |
| 医术专长   | 中医药技术方法                                                                                                         |         | 近五年<br>服务人数 |     |
|        | 治疗病症范围                                                                                                          |         |             |     |
| 学习途径   | 自学 <input type="checkbox"/> 家传 <input type="checkbox"/> 跟师 <input type="checkbox"/> 自创 <input type="checkbox"/> |         |             |     |
| 医术渊源   |                                                                                                                 |         |             |     |

|                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 个人学习<br>经历                                                                                     |  |
| 医术实践<br>经历                                                                                     |  |
| 医术专长<br>综述                                                                                     |  |
| <p>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。</p> <p>本人签字：_____</p> <p>日 期：        年        月        日</p> |  |

|                           |              |  |      |  |
|---------------------------|--------------|--|------|--|
| 推荐<br>医师<br>基本<br>情况<br>一 | 姓名           |  | 性别   |  |
|                           | 职称           |  | 民族   |  |
|                           | 专业           |  | 联系电话 |  |
|                           | 身份证号码        |  |      |  |
|                           | 医师资格证书<br>编码 |  |      |  |
|                           | 执业医师证书<br>编码 |  |      |  |
|                           | 工作单位         |  |      |  |
| 推荐<br>医师<br>基本<br>情况<br>二 | 姓名           |  | 性别   |  |
|                           | 职称           |  | 民族   |  |
|                           | 专业           |  | 联系电话 |  |
|                           | 身份证号码        |  |      |  |
|                           | 医师资格证书<br>编码 |  |      |  |
|                           | 执业医师证书<br>编码 |  |      |  |
|                           | 工作单位         |  |      |  |

回顾性中医医术实践资料

|     |       |  |      |  |
|-----|-------|--|------|--|
| 第一例 | 患者姓名  |  | 联系电话 |  |
|     | 地址    |  |      |  |
|     | 实践描述： |  |      |  |
| 第二例 | 患者姓名  |  | 联系电话 |  |
|     | 地址    |  |      |  |
|     | 实践描述： |  |      |  |
| 第三例 | 患者姓名  |  | 联系电话 |  |
|     | 地址    |  |      |  |
|     | 实践描述： |  |      |  |
| 第四例 | 患者姓名  |  | 联系电话 |  |
|     | 地址    |  |      |  |
|     | 实践描述： |  |      |  |
| 第五例 | 患者姓名  |  | 联系电话 |  |
|     | 地址    |  |      |  |
|     | 实践描述： |  |      |  |

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

## 填表说明

1. 本表供中医医术确有专长人员（经多年中医医术实践者、持《乡村医生执业证书》者、持《中医医学医术确有专长证书》者）申请参加医师资格考核备案时使用。

2. 文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

3. 工作单位：没有工作单位者，填“无”。

4. 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）。

5. 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。

6. 近五年服务人数：是指近五年内应用医术专长服务的人数。

7. 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。

8. 个人学习经历：包括文化学习和医术学习经历。

9. 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。