

附件 1:

(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(师承学习人员) 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   |          |    |
| 跟师学习地点     |         | 跟师学习时间  | 年 月至 年 月 |    |
| 医术专长       | 中医药技术方法 |         | 近五年      |    |
|            | 治疗病症范围  |         | 服务人数     |    |
| 文化学习<br>经历 |         |         |          |    |

|   |  |
|---|--|
| <p>跟师学习<br/>医术及实践<br/>经历</p>  |  |
| <p>医术专长<br/>综述</p>  |  |
| <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> |  |

|                           |              |  |      |  |                |  |
|---------------------------|--------------|--|------|--|----------------|--|
| 指导老师<br>基本情况              | 姓名           |  | 性别   |  | 民族             |  |
|                           | 工作单位         |  |      |  | 从事中医临<br>床工作时间 |  |
|                           | 职称           |  | 联系电话 |  |                |  |
|                           | 身份证号码        |  |      |  |                |  |
|                           | 医师资格证书编码     |  |      |  |                |  |
|                           | 执业医师证书编码     |  |      |  |                |  |
|                           | 临床特长         |  |      |  |                |  |
| 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: |  |      |  |

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

# 填表说明

1. 本表供中医医术确有专长人员（以师承方式学习中医者和持《中医医学师承出师证》者）申请备案时使用。
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. 跟师学习地点：应具体到跟师学习及临床实践医疗机构。
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：是指近五年内在指导老师指导下应用医术专长服务的人数。
7. 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。