附件1

传统医学医术确有专长考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | | |  |
| 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 | | | | | | | | 证明人 | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
| 本人技术专长述评 | | |  | | | | | | | | | | |
| 县级中医药主管部门初审意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 地、设区的市级中医药主管部门审核意见 | | | 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

传统医学师承出师考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | 民 族 | |  | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | 证明人 | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 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中医药主管部门初审意见 | | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省级中医药  主管部门  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3

2024年广西传统医学师承和确有专长人员

考核时间安排表

| 序号 | 工作安排 | 时间进度 |
| --- | --- | --- |
| 1 | 考生网上报名 | 5月10日－6月2日 |
| 2 | 县级中医药主管部门现场审核 | 6月3日－6月21日 |
| 3 | 市级中医药主管部门现场审核 | 6月24日－7月6日 |
| 4 | 考区复审 | 7月8日－7月25日 |
| 5 | 考场编排 | 7月26日－8月1日  4月5日前 |
| 6 | 准考证打印 | 8月2日－8月13日 |
| 7 | 考核 | 8月14日－8月16日（初定） |

附件4

考生临床实践年限证明

考生 （身份证号： ），从 年 月至 年 月在 单位从事 临床实践，特此证明。

负责人（签字） 单位（盖章）：

年 月 日

附件5

掌握传统医学诊疗技术证明

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 | |  | 被证明人姓名 |  |
| 证明人  所在单位 | |  | 证明人电话 | 单位： |
| 手机： |
| 证明人《医师资格证书》编号： | | | | |
| 被证明人技术专长评述 |  | | | |
| 证明人签字： 年 月 日 | | | | |

附件6

传统医学师承关系合同书

**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《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（卫生部第52号令）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1500学时（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，保质保量的完成带教任务。

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：

本合同一式三份,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,甲乙双方各执一份，具同等法律效力，另一份由公证机构留存备案。

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。

1. 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。

附件7

各县级中医药主管部门联系电话

柳北区卫生健康局：2831145

城中区卫生健康局：2623162

鱼峰区卫生健康局：3858300

柳南区卫生健康局：3715863

柳东新区社会事务局：2685155

阳和工业新区（北部生态新区）社会事务局：8805034

柳江区卫生健康局：7223115

柳城县卫生健康局：7620882

鹿寨县卫生健康局：6815093

融安县卫生健康局：8135092

融水县卫生健康局：5122601

三江县卫生健康局：8614560