

湖南省中医药管理局

湘中医药函〔2018〕75号

湖南省中医药管理局 关于做好2018年全省中医医术确有专长人员 医师资格考核注册管理有关工作的通知

各市州卫生计生委、省直各中医医院：

根据《湖南省中医药管理局关于印发〈湖南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（试行）〉的通知》（湘中医药〔2018〕5号）《湖南省中医药管理局公告》（2018年1号）（以下简称《实施细则》《公告》）精神，为做好我省2018年中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理工作，现就有关事项通知如下：

一、扎实做好考核报名

1.各级中医药管理部门要运用多种形式宣传中医医术确有专长考核政策，准确回应社会关切，让符合报考条件的中医药人员及时、准确、真实地了解考核信息。

2.各地要根据《公告》内容，组织辖区符合条件的考生，填写报名表格（见附件，可从我局及医考中心官网下载），准备报名资料，开展报名工作。报名时间为2018年9月20-30日，报

名地点为长期临床实践所在地县（市区）中医药主管部门，逾期不接受报名。

3.考生报名时按照《湖南省中医医术确有专长人员考核首批中医病证分类目录》（另文下发），选择本人擅长治疗病证（师承也可选择擅长治疗科目），每次限报一个专长。同时，根据实际治疗情况，选择内服方药及在《湖南省中医医术确有专长考核首批中医医疗技术目录》（另文下发）中选择所用中医医疗技术，一般不得超过三类中医医疗技术。

二、严格审查报名资料

4.各县（市区）中医药主管部门必须严格按照《实施细则》《公告》审查报考资料，并初步核实师承指导老师、推荐医师、居委会村委会及患者推荐证明和合同等材料的真实性。考生报考所需的各类证照及证书原件由各县（市区）中医药主管部门在初审时现场查验，并收取复印件。

5.申请者在临床实践中存在医疗纠纷且造成严重后果的、申报材料不实不全的、不属于中医医术专长的，不予受理。市州中医药主管部门负责对辖区内各县（市区）上报的资料进行复审。初审、复审合格的，由**经办人、审核领导**签字盖章后，于2018年10月12日前统一报省中医药管理局。

6.各地要高度重视中医医术确有专长考核报名工作，学懂弄通政策、切实履行职责、严格坚持原则。对师承指导老师资质不符合、跟师学习年限不足、考生申报专长与指导老师的专业方向

不一致、推荐医师专业不相关、考生资料明显造假等基本问题审查不严者，我局将进行全省通报。

7.我局将对报送材料进行终审确认，对符合申报条件的人员、指导老师和推荐医师信息在湖南省中医药管理局官网和湖南医考网进行公示，公示时间为7天。公示期间，接受社会监督。

三、有关要求

8.各地要及时通知审核公示通过的考生，于10月底登录湖南医考网（<http://www.cndoctor.cn/>）查询具体缴费标准、方式和期限。考核时间为2018年11月下旬至12月上旬，考前考生到报名所在地市级中医药主管部门领取准考证，具体考核时间与地点详见准考证安排。

9.考核专家根据参加考核者的现场陈述，结合回顾性中医医术实践资料等，围绕相关病证的疗效评价关键要素进行分析评估并提问，对其医术专长的效果进行现场评定。必要时我局将委托所辖区中医药管理部门进行实地调查，核验评定效果。

10.考核通过且集中培训合格者，发放《中医（专长）医师资格证书》。取得《中医（专长）医师资格证书》者，可向其拟执业机构所在地县级以上中医药主管部门提出申请，经注册后取得《中医（专长）医师执业证书》。

联系人：

湖南省中医药管理局 王颖异

联系电话：0731-84828524

省卫生计生委医学考试中心 时格格

电话：0731-84822261

- 附件：1. 中医医术确有专长人员（师承方式学习）医师资格考核申请表
2. 中医医术确有专长人员（经多年实践）医师资格考核申请表
3. 回顾性中医医术实践资料基本信息表
4. 湖南省中医医术确有专长人员医师资格考核申报资料表
5. 中医医术确有专长人员（经多年实践）从事中医医术实践活动满五年证明表
6. 中医医术确有专长人员（经多年实践）患者推荐证明表



附件 1

中医医术确有专长人员（师承方式学习） 医师资格考核申请表

| | | | | |
|---------------------|--|---------|-------------|-----|
| 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 | | | 近五年 服务人数 | |
| 文化学习 经历 | | | | |
| 跟师学习 医术及实践 经历 | | | | |

| | |
|------------|--|
| 医术专长 综述 | |
|------------|--|

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）

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：_____

日 期： 年 月 日

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

指导老师意见

签 字：_____

日 期： 年 月 日

推荐材料 一

| | | | | |
|----------------------|--|--|------|--|
| 推荐 医师 基本 情况 | 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 编码 | | | |
| | 医师执业证书 编码 | | | |
| | 工作单位 | | | |
| 推荐 医师 意见 | <p>本人承诺推荐内容真实准确。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | |

推荐材料 二

| | | | | |
|----------------------|--|--|------|--|
| 推荐 医师 基本 情况 | 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 编码 | | | |
| | 医师执业证书 编码 | | | |
| | 工作单位 | | | |
| 推荐 医师 意见 | <p style="text-align: center;">本人承诺推荐内容真实准确。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字： 年 月 日</p> | | | |

| | |
|--------------------------|--|
| <p>县级中医药主 管部门意见</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（师承方式学习）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.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

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 2

中医医术确有专长人员（经多年实践） 医师资格考核申请表

| | | | | |
|--------|---|---------|-------------|-----|
| 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 | | | 近五年 服务人数 | |
| 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 | | | | |

| | |
|---|--|
| <p>个人学习 经历</p> | |
| <p>医术实践 经历</p> | |
| <p>医术专长 综述</p> | |
| <p>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）</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。 本人签字：_____</p> <p style="text-align: right;">日 期： 年 月 日</p> | |

推荐材料 一

| | | | | |
|----------------------|--|--|------|--|
| 推荐 医师 基本 情况 | 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 编码 | | | |
| | 医师执业证书 编码 | | | |
| | 工作单位 | | | |
| 推荐 医师 意见 | <p style="text-align: center;">本人承诺推荐内容真实准确。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字： 年 月 日</p> | | | |

推荐材料 二

| | | | | |
|----------------------|--|--|------|--|
| 推荐 医师 基本 情况 | 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 编码 | | | |
| | 医师执业证书 编码 | | | |
| | 工作单位 | | | |
| 推荐 医师 意见 | <p style="text-align: center;">本人承诺推荐内容真实准确。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字： 年 月 日</p> | | | |

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

填表说明

1.本表供中医医术确有专长人员（经多年实践）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.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

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：应包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围。

10.近五年服务人数：是指近五年内应用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 3

回顾性中医医术实践资料基本信息表

| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 联系电话 | 所患疾病 | 工作单位或住址 |
|----|----|----|----|------|------|---------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

注：此表可由考核申报者自行填写，应确保资料真实可性，资料审查期间中医药主管部门将对提供信息进行核实。

附件 4

湖南省中医医术确有专长人员医师资格 考核申报资料表

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------|----------------------------|----|----------------------------|----|
| 姓名 | | 性别 | | 年龄 | |
| 身份证号码 | | 联系方式（手机） | | | |
| 擅长治疗病症或科目 | | 代码 | | | |
| 擅长中医医疗技术 | 内服方药 | <input type="checkbox"/> 是 | | <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 中医医疗技术 | 1. _____ | | 代码: | |
| | | 2. _____ | | 代码: | |
| | | 3. _____ | | 代码: | |
| 工作单位或住址 | | | | | |
| 报考人员考核提交资料 | | | | | |
| （一）以师承方式学习中医的报考人员 | | | | | |
| 序号 | 资料名称 | 初审 | 复审 | 终审 | 备注 |
| 1 | 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表 | | | | |
| 2 | 有效身份证明及近期彩色证件照片 | | | | |
| 3 | 中医医术专长综述 | | | | |
| 4 | 推荐医师的推荐材料 | | | | |
| 5 | 经公证机构公证的师承关系合同 | | | | |
| 6 | 连续跟师学习中医满五年的证明材料 | | | | |
| 7 | 指导老师出具的评价意见及出师结论 | | | | |
| 8 | 经公证机构公证的师承关系合同 | | | | |
| （二）经多年中医医术实践的报考人员 | | | | | |
| 序号 | 资料名称 | 初审 | 复审 | 终审 | 备注 |
| 1 | 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表 | | | | |
| 2 | 有效身份证明及近期彩色证件照片 | | | | |
| 3 | 中医医术专长综述 | | | | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|----|----|----|----|
| 4 | 推荐医师的推荐材料 | | | | |
| 5 | 临床实践记录的相关证明材料 | | | | |
| 6 | 从事中医医术实践活动满五年证明或至少十名患者的推荐证明 | | | | |
| (三) 具有本省《乡村医生执业证书》的报考人员 | | | | | |
| 序号 | 资料名称 | 初审 | 复审 | 终审 | 备注 |
| 1 | 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表 | | | | |
| 2 | 有效身份证明及近期彩色证件照片 | | | | |
| 3 | 中医医术专长综述 | | | | |
| 4 | 《乡村医生执业证书》原件和复印件 | | | | |
| (四) 取得《传统医学师承出师证书》的报考人员 | | | | | |
| 序号 | 资料名称 | 初审 | 复审 | 终审 | 备注 |
| 1 | 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表 | | | | |
| 2 | 有效身份证明及近期彩色证件照片 | | | | |
| 3 | 中医医术专长综述 | | | | |
| 4 | 《传统医学师承出师证书》原件和复印件 | | | | |
| 5 | 继续跟师学习满两年的证明材料 | | | | |
| (五) 取得《传统医学医术确有专长证书》的报考人员 | | | | | |
| 序号 | 资料名称 | 初审 | 复审 | 终审 | 备注 |
| 1 | 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表 | | | | |
| 2 | 有效身份证明及近期彩色证件照片 | | | | |
| 3 | 中医医术专长综述 | | | | |
| 4 | 《传统医学医术确有专长证书》原件和复印件 | | | | |
| (六) 取得中医师(士)技术职称且认定为中医助理医师资格的报考人员 | | | | | |
| 序号 | 资料名称 | 初审 | 复审 | 终审 | 备注 |
| 1 | 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表 | | | | |
| 2 | 有效身份证明及近期彩色证件照片 | | | | |
| 3 | 中医医术专长综述 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| 4 | 助理医师资格证的原件和复印件 | | | | | | | | |
| 现场辨识相关中药申报 | | | | | | | | | |
| 常用药物 味（不少于 100 种），填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。 是否有毒性药物 <input type="checkbox"/> 否， <input type="checkbox"/> 是。如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核使用。 | | | | | | | | | |
| （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 | |
| 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 | |
| 81 | | 82 | | 83 | | 84 | | 85 | |
| 86 | | 87 | | 88 | | 89 | | 90 | |
| 91 | | 92 | | 93 | | 94 | | 95 | |
| 96 | | 97 | | 98 | | 99 | | 100 | |
| 如有其他常用药物可另行附页补充 | | | | | | | | | |
| （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 | |

填表说明

1.本表供中医医术确有专长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.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4.“工作单位或住址”栏：没有工作单位者，填写住址。

5.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。

6.擅长治疗病证或科目：多年实践人员在《湖南省中医医术确有专长人员考核首批中医病证分类目录》，选择本人擅长治疗的某一个病证，师承人员可选择本人擅长治疗的某一个病证或某一类疾病），并将相应代码填入表格。申报时应注意以下事项：

（1）选择“某一类”表示该病类的多个疾病均掌握。如选择“肺系病类”，就表示掌握目录中该病类所有疾病。

（2）选择“某一个”表示仅掌握该种单一疾病。如选择“肺系病类”的“咳喘病”，就表示仅掌握“咳喘病”一个疾病。

7.擅长使用中医药技术：包括内服方药和中医医疗技术。考生可在《湖南省中医医术确有专长考核首批中医医疗技术目录》中选择所用中医医疗技术，一般不得超过三类中医医疗技术，并将相应代码填入表格。申报时应注意以下事项：

（1）中医医疗技术应明确“技术类别”或“技术名称”。如选择“针刺类技术”表示基本掌握该类的所有技术；如选择“毫针技术”表示仅掌握该技术。

(2) 中医医疗技术可有多个“技术类别”或多个“技术名称”。如选择“针刺类技术”的“毫针技术”和“灸类技术”的“隔物灸技术”即表示同时掌握以上两种技术；选择“针刺类技术”的“毫针技术”和“灸类技术”则表示基本掌握“针刺类技术”中的“毫针技术”和全部“灸类技术”。

8.“报考人员考核提交资料”中，提供了 6 种不同类型考生报考所需提交的资料，考生应根据自身情况选择一类进行提供。符合要求者，初审、复审、终审人员应在表格相应栏目内打“√”表示，不符合报考要求者，初审、复审、终审人员应在表格相应栏目内打“×”表示。

9.“现场辨识相关中药申报”中，考生应根据自身实际选择不少于 100 味常用中药饮片药物，填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。如常用药物中有毒性药物，必须特别填写有毒药物表，以备专家考核使用。考核时，专家将在申请者申报的常用中药目录中随机抽取进行考核。

附件 5

中医医术确有专长人员（经多年实践） 从事中医医术实践活动满五年证明表

| | | |
|-----------------|-------|---------------|
| (1) 县级中医药主管部门证明 | | |
| 证明内容: | | |
| 联系人: | 联系方式: | (盖章) 年 月 日 |
| (2) 所在居委会、村委会证明 | | |
| 证明内容: | | |
| 联系人: | 联系方式: | (盖章) 年 月 日 |

注：(1) 和 (2) 可任选一项或两项均提供，证明内容主要包括考生从事中医医术实践活动时间、擅长治疗病症、既往医疗行为安全情况及疗效等。

附件 6

中医医术确有专长人员（经多年实践） 患者推荐证明表

| | | | | |
|----------|--|--|------|--|
| 推荐患者基本情况 | 姓名 | | 性别 | |
| | 年龄 | | 联系电话 | |
| | 身份证号码 | | | |
| | 工作单位 | | | |
| | 所患疾病 | | | |
| 诊疗经过 | | | | |
| 治疗效果 | | | | |
| 患者承诺 | <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 style="text-align: right;">患者签字：_____</p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p> | | | |

注：患者与被推荐人有近亲属或利害关系的应当予以回避。