

# 甘肃省卫生健康委员会

甘卫中医函〔2019〕183号

## 关于开展2019年度中医医术确有专长人员医师资格考核工作的通知

各市州卫生健康委，省卫生健康委人才服务中心：

根据《中医药法》《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》《甘肃省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（暂行）》有关规定，决定开展2019年度中医医术确有专长人员医师资格考核工作。现将有关事项通知如下：

### 一、申报条件

凡符合《甘肃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（暂行）》（甘卫发〔2019〕38号）中报名条件的人员，均可报名参加我省中医医术确有专长人员医师资格考核。

### 二、申报材料

（一）所有申报考核人员均需提供的资料

- 1.《甘肃省中医医术确有专长人员医师资格考核申请表》（师承学习人员填写附件1、多年实践人员填写附件2）。
- 2.本人有效身份证明。
- 3.中医医术专长综述（填写到附件1或附件2相应位置），包

括医术的基本内容、特点描述、适应症或者适用范围、安全性及有效性的说明等；能够证明医术专长确有疗效的相关资料（提交反映所从事专长疾病诊疗过程的实践资料医案 5 例，需提供患者的真实姓名、住址、电话）。

4. 至少 2 名推荐医师的医师资格证书、中医医师执业证书，副高以上专业技术职称证书复印件或单位出具的从事中医临床工作 15 年以上的证明。

（二）以师承方式学习中医的，还需提供：

1. 经县级以上公证机构公证的跟师学习合同，跟师时间自签订之日起计算，截止到 2019 年 3 月 1 日之前。

2. 自公证之日起连续跟师学习中医满五年的证明材料（与其专长密切相关的中医专科经典医著古籍等学习心得每年 1 篇，体现师承指导老师学术特长和经验的跟师笔记每年 5 篇、临床实践记录每年 5 篇等）。

3. 指导老师所在医疗机构的《医疗机构执业许可证（副本）》复印件（加盖机构公章）。

（三）经多年中医医术实践的，还需提供：

1. 医术渊源的相关证明材料。

2. 长期临床实践所在地县级以上卫生健康行政主管部门或者所在居委会、村委会出具的从事中医医术实践活动满五年证明，或者至少 10 名患者的推荐证明（提供患者的真实姓名、住址、电话，见附件 3）。

（四）其他类别人员还需提供的资料

1. 取得原甘肃省卫生和计划生育委员会颁发的《传统医学师承出师证书》和全省五级师承教育出师证，未取得中医类别执业医师资格证书人员，填报附件 1 内容。取得《传统医学师承出师证书》的人员提供出师证复印件和继续跟师学习满两年的证明材料（由指导老师~~处~~所在医疗机构提供书面证明）。五级中医药师承教育人员提供相关证书复印件。

2. 取得原甘肃省卫生和计划生育委员会颁发的《传统医学医术确有专长证书》，甘肃省“西学中”研究生毕业，1999 年 5 月 1 日前取得中医师（士）专业技术职称，具有本省《乡村医生执业证书》（一技之长），上述未取得中医类别执业医师资格证书的四类人员，填写附件 2 内容，并提供相关证书复印件。

以上申报材料报名时均提交一式两份，同时提交近期 2 寸蓝底免冠正面照片 2 张。申报材料经逐级审核后，符合报考条件人员的报名材料，一份留存省卫生健康委人才服务中心，另一份退回报考人员所在地县（区）卫生健康主管行政部门，做为考核合格后注册管理的原始资料。

### 三、报名程序

#### （一）报名及初审（2019 年 4 月 22 日—5 月 10 日）

各市州组织各县区开展报名、审核工作，申请参加考核的人员，向长期中医医术实践活动所在地县（市、区）卫生健康局提交申请材料，各县（市、区）卫生健康局对申请材料进行初审，对初审合格人员进行公示，公示无异议后报市级卫生健康委进行复审。

5个复印件

## （二）市州复审（2019年5月10日—5月25日）

各市州卫生健康委对申请者提交的材料进行复审，对复审合格人员进行公示，公示无异议后将符合条件的报名人员资料整理汇总后，于5月25日前将审核合格的报名表（附件1.2.3）、报名资料和报名汇总表（附件4）的电子版、纸质版报送至省卫生健康委人才服务中心。

## （三）省级审核确认（2019年5月25日—6月10日）

省卫生健康委对各市州上报的考核人员进行审查确认，对符合考核条件的人员、指导老师和推荐医师信息按照相关规定在省卫生健康委官方网站进行公示。对公示无异议的申报人员制发《甘肃省中医医术确有专长人员医师资格考核准考证》，由各市州卫生健康委统一到省卫生健康委人才服务中心领取。

## 四、考核形式

考核形式分基础理论笔试和确有专长面试两个环节进行。

### （一）中医基础理论笔试

中医基础理论笔试以试卷答题方式进行，考试时长1小时，考试时间：2019年6月29日上午9:00—10:00时（暂定）。中医基础理论笔试及格者进入专长面试阶段，面试时间另行通知。笔试地点：甘肃中医药大学（具体考试时间及详细地址以准考证为准）。

### （二）专长面试

#### 1. 内服方药类面试程序

##### （1）医术专长陈述。

(2) 现场问答, 申报者抽取 2 道中医内服方药类专长知识题进行口述。

(3) 诊法技能操作, 以内服方药为主, 配合使用外治技术的, 适当增加外治技术操作考核内容。

(4) 现场辨识中药及相关理论知识。

## 2. 外治技术类面试程序

(1) 医术专长陈述。

(2) 现场问答, 申报者抽取 2 道中医外治技术类专长知识题进行口述。

(3) 外治技术操作, 以外治技术为主, 配合使用中药的, 适当增加诊法技能操作考核内容。

(4) 现场辨识中药及相关理论知识。

## 五、考核合格标准

经综合评议后, 考核专家对参加考核者进行打分, 并对其在执业活动中能够使用的中医药技术方法和具体治疗病证的范围进行认定。考核过程中省卫生健康委会同纪检监察部门对考核程序、考核组织、考核管理等工作进行现场监督, 考核结果最终确定后, 在全省进行公布。

## 六、组织管理

(一) 成立甘肃省中医医术确有专长人员医师资格考核领导小组和办公室、专家委员会。考核领导小组负责考核工作的综合协调, 研究解决考核工作中的重大事项, 加强对考核工作的指导, 统筹开展考核工作。

领导小组下设考核办公室，办公室设在省中医药管理局，负责考核的日常工作。考核专家委员会设中医和藏医两个组，负责确有专长人员医师资格考核工作的考核业务指导，对考核专家提交的相关认定内容进行研判。

（二）各级卫生健康行政主管部门要高度重视，精心组织，及时安排开展好报名工作，指定专人负责。认真审核，严格把关，切实做到公开、公平、公正，不得擅自放宽报名条件。对弄虚作假，徇私舞弊的人员，按照相关法律法规严肃查处。

（三）各级卫生健康行政主管部门要广泛做好考核报名工作的宣传，通过广泛宣传，让有一技之长，为群众看病就医发挥重要作用的人员应知尽知。争取各种途径将报名条件、报名时间、受理地点（窗口）等信息告知申请人，并做好政策解读。要严格按照通知要求，在规定的时间内完成初审、复审及上报工作。

本通知相关附件电子版，请在省卫生健康委员会网站（网址：<http://www.wsjk.gansu.gov.cn>）下载。

## 七、联系人及联系方式

省卫生健康委中医一处：张蜀青（0931）4818135

省卫生健康委人才服务中心：王娟（0931）8677175

邮箱地址：541794273@qq.com

联系地址：兰州市城关区段家滩路371号601室。

附件：1. 甘肃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

2. 甘肃省中医医术确有专长人员（多年实践人员）医师资格考核申请表
3. 中医医术实践证明材料
4. 甘肃省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表



（信息公开形式：主动公开）

抄送：甘肃中医药大学。





附件 1

## 甘肃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
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	
近五年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，个人自愿承担全部后果。 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					

指导老师书面评价意见及出师结论:

签 字: \_\_\_\_\_

日 期:        年    月    日

指导老师所在医疗机构书面评价意见 (学习情况、职业道德、临床能力):

公 章:

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 style="text-align: center;">本人承诺熟悉被推荐人从医情况，推荐内容真实准确。如不属实，本人愿负相关法律责任。</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;">本人承诺熟悉被推荐人从医情况，推荐内容真实准确。如不属实，本人愿负相关法律责任。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字：</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年    月    日</p>			

<p>县级中医药 主管部门 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 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 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（师承学习人员）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. 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页由推荐医师及所在单位填写，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蓝底照片。

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”。在个体医疗机构从业者，填写医疗机构名称。

8. 身份证号码：填写新18位身份证号码，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：包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证，按照中医病症分类与代码（中华人民共和国国家标准GB/T15657-1995）填写。

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：同13条内容。

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

## 甘肃省中医医术确有专长人员(多年实践人员) 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"/>			
医术渊源	(另附证明材料)			
个人学习 经历				



医术实践 经历	
医术专长 综述	
近五年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>本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自愿承担全部后果。</p> <p style="text-align: right;">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;">本人承诺熟悉被推荐人从医情况，推荐内容真实准确。如不属实，本人愿负相关法律责任。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">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;">本人承诺熟悉被推荐人从医情况，推荐内容真实准确。如不属实，本人愿负相关法律责任。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">推荐医师签字： 年 月 日</p>			

<p>县级中医药 主管部门 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 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 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（多年实践人员）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. 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蓝底照片。

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”。在个体医疗机构从业者，填写医疗机构名称。

8. 医术实践地点：应具体到甘肃省XX市州XX县(区)XX乡(镇、街道)。

9. 医术专长：包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围，按照中医病症分类与代码（中华人民共和国国家标准GB/T15657-1995）填写。

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书复印件或者推荐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。

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

## 中医医术实践证明材料

(在一、二、三中任选一项)

### 一、县区卫生健康行政部门证明

兹证明:

姓名\_\_\_\_\_，年龄\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_\_，籍贯\_\_\_\_\_，

身份证号码\_\_\_\_\_。

经审核，该同志于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(共计\_\_\_\_\_年)，

在\_\_\_\_\_ (行医地点) 多年从事中医医术实践。

承办人签字:

单位盖章

年 月 日

### 二、所在居委会、村委会证明

兹证明:

姓名\_\_\_\_\_，年龄\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_\_，籍贯\_\_\_\_\_，

身份证号码\_\_\_\_\_。

经审核，该同志于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(共计\_\_\_\_\_年)，

在\_\_\_\_\_ (行医地点) 多年从事中医医术实践。

承办人签字:

单位盖章

年 月 日

### 三、患者推荐证明统计表

县级卫生健康行政部门盖章：      被推荐人姓名：                      临床实践地点：      市                      县（市、区）                      乡镇（街道）                      村（社区）

姓名	性别	年龄	家庭详细住址	联系方式	所患疾病	就诊时间	就诊信息获取途径	同意推荐请签字手印
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
							<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	

附件4

## 甘肃省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

填报单位（盖章）：

联系人：

联系电话：

序号	申报人信息							推荐老师信息				备注 工作年限	
	姓名	性别	年龄	中医医术专长		从业地区	身份证号码	联系方式	姓名	职称及专业	执业单位		身份证号码
				内服方药类	外治技术类						及科室		
1													
2													
3													
4													
5													

注：中医医术专长的具体填写格式为：内服方药类（病类或病名）、外治技术类（技术类别或技术名称+病类或病名）、或者两者的组合。