浙江省2018年传统医学师承和确有专长

人员考核通告

根据《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（卫生部令第52号）以及《关于印发浙江省以师承方式学习传统医学管理等细则的通知》（浙卫发〔2008〕117号）的有关规定，现将2018年传统医学师承和确有专长人员考核有关事项通告如下：

一、报名条件

（一）申请传统医学师承出师考核的，应当同时具备以下条件：

1．已签订《传统医学师承关系合同书》，并经县级以上公证机关公证的师承人员；

2．自公证之日起至2018年8月31日前满三年的；

3．已完成师承学习任务的；

4．符合《浙江省以师承方式学习传统医学管理细则》其他有关要求。

（二）申请传统医学确有专长考核的，应当同时具备以下条件：

1．依法从事传统医学临床实践5年以上；

2．掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术。

二、考核方式、内容、时间及地点

考核方式及内容：严格按照《浙江省以师承方式学习传统医学管理细则》和《浙江省传统医学确有专长人员考核实施细则》有关规定和要求执行。

考核时间、地点：2018年4月14日—15日，统一集中到杭州考试（具体考试时间和地点以准考证为准），请考生密切关注各考点考核公告。

三、报名时间及地点

（一）报名时间：2018年2月26日—3月9日。

（二）报名地点：传统医学师承考核申请人携带相关材料到师承指导老师第一执业医疗机构所在市、县级卫生计生行政部门报名；传统医学确有专长考核申请人携带相关材料到户籍所在市、县级卫生计生行政部门报名，不得跨考点报名，一经发现将取消考核资格。

（三）各市报名材料由市级卫生计生行政部门汇总后统一寄到浙江中医药大学。指导老师为省级医疗卫生单位的传统医学师承考核申请人直接到浙江中医药大学报名（地址：杭州市滨江区滨文路548号），联系人：张红英，电话：0571-86633029。

四、申请考核需要提交的材料

（一）申请传统医学师承出师考核人员：

1．《传统医学师承出师考核申请表》；

2．经县级以上公证机关公证的《传统医学师承关系合同书》；

3．申请人身份证原件及复印件；

4．申请人二寸近期免冠正面照片3张；

5．申请人学历或学力证明；

6．指导老师医师资格证书、医师执业证书，副高以上专业技术职务任职资格证书或者核准其执业的卫生计生行政部门、中医药管理部门出具的从事中医、民族医临床工作15年以上的证明；

7．指导老师所在单位出具的同意作为指导老师及已抽查学习笔记和检查临床实践记录的证明；

8．指导老师出具的跟师学习合格证明材料。

9．其他有关材料。

（二）申请传统医学确有专长考核人员：

1．《传统医学医术确有专长考核申请表》；

2．申请人身份证原件及复印件；

3．申请人二寸免冠正面照片3张；

4．申请人所在地县级卫生计生行政部门出具的证明其从事传统医学临床实践年限的材料；

5．两名以上执业医师出具的证明其掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术的材料；

6．1998年6月26日前，经我省县级以上（含县级）卫生、中医药行政部门批准取得中医（民族医）专业有效行医资格的证明材料。

7．市级卫生计生行政部门、中医药管理部门要求提供的其他材料。

**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 | | | | | | | | | 肄  毕 业  结 | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 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卫生、中医药行政部门初审意见 | | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省级中医药管理部门审核意见 | | | | 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。

**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 | | | | | | | | 肄  毕 业  结 | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
| 本人技术专长述评 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 县级卫生、中医药行政部门初审意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 地、设区的市级卫生、中医药行政部门审核意见 | | | 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。