南阳市中医药发展局关于

开展2019年师承和确有专长考核考试的通知

各县区中医药发展局（卫生健康委），邓州市中医药管理局，官庄工区、鸭河工区社会事业局，示范区、高新区卫生管理中心：

根据《中华人民共和国执业医师法》、《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（原卫生部第52号令）、《河南省中医管理局关于做好2019年度中医师承和确有专长考核考试工作的通知》（豫中医〔2019〕7号）文件要求，经研究，现将2019年度中医师承和确有专长考核考试工作安排如下：

**一、确有专长考核**

（一）申请中医确有专长考核考试的人员，按照考生户籍所在地，向所在县（市、区）提出申请，经县（市、区）中医药行政管理部门初审合格后报市中医药发展局审核。

（二）需要提交的资料：

1、《中医确有专长考核考试申请表》（附件1）；

2、本人身份证明；

3、申请人所在地市县（区）中医药发展局（卫健委）出具的证明其依法从事中医临床实践5年以上的材料（附件2）；

4、两名以上当地（市区县内）的中医类别执业医师出具的证明其掌握独具特色、安全有效的中医诊疗技术的证明材料（附件3）；

5、中医确有专长人员评议评价推荐表（附件4）

6、省卫健委规定的其它材料。

（三）时间安排

1、考生报名时间

2019年9月20-30日县（市、区）中医药行政管理部门初审，10月8-11日市中医药发展局审核。

2、实践技能考试时间

2019年11月2日至5日，以考生领取的准考证规定的时间为准。

3、综合笔试时间

中医基础知识：2019年11月23日上午09:00—11:30

中医专业知识：2019年11月23日下午14:30—17:00

（四）考试地点

1、临床实际能力考试

医圣祠街89号医圣祠西隔壁老南阳市张仲景医院（南阳市国家医师资格考试（中医类别）实践技能考试基地）。

2、综合笔试

以考生领取的准考证考试地点为准。

**二、师承人员出师考核**

（一）申请参加中医师承出师考试的人员，向指导老师所在县（市、区）中医药行政管理部门报名，经市中医药发展局初审合格后统一报省卫健委复核。

（二）需要提交的资料：

1、《中医师承出师考核考试申请表》（附件5）；

2、二寸免冠正面白底半身照片4张（含电子版，jpg格式）；

3、本人有效身份证明；

4、高中学历或高中同等学力证明；

5、指导老师医师资格证书、医师执业证书、副高级以上专业技术职务任职资格证书或者经核准其指导老师执业的卫生行政部门、中医管理部门出具的从事中医临床工作15年以上证明；

6、经公证部门公证的《中医师承关系合同书》（合同签订已满3年）；

7、省卫健委规定的其它材料。

（三）师承人员出师考核由省卫健委委托郑州市卫健委（中医管理局）具体组织。考试时间和地点以准考证为准。

三、其它

1、本年度考试合格者获取《传统医学师承证书》或《传统医学确有专长证书》，**不作为有效行医证件**，仅用于申请报考国家医师资格考试师承或确有专长助理考试，考生报名必须签署2019年师承和确有专长考试知情同意书（附件6）。

2、县（市）、区中医药行政管理部门初审结束2日内报送河南省中医师承人员出师考核考试报名汇总表（附件7）、河南省中医确有专长人员考核考试报名汇总表（附件8）[盖章扫描版和EXCEL文件至nyzyglk@163.com](mailto:盖章扫描版和EXCEL文件至nyzyglk@163.com)邮箱。

3、2019年度中医师承和确有专长考核考试时间、地点若有变化另行通知。

联系人：朱振戟 61598738

附件：1.中医确有专长考核考试申请表

2.中医确有专长考试人员临床实践证明表

3.中医确有专长考试人员诊疗技术证明推荐表

4.中医确有专长人员评议评价推荐表

5.中医师承出师考核考试申请表

6.河南省2019年中医师承和确有专长考试知情同意书

7.河南省中医师承人员出师考核考试报名汇总表

8.河南省中医确有专长人员考核考试报名汇总表

南阳市中医药发展局

2019年9月18日

附件1：

中医确有专长考核考试申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 县级卫健委、中医药行政部门初审意见 | | | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 地、设区的市级卫健委、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。

附件2：

中医确有专长考试人员临床实践证明表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系方式 | |  | 身份证号码 |  | | |
| 从事中医临床  实践起止时间 | |  | 从事中医临床  实践所在单位 |  | | |
| 执业  机构  意见 | （公章）  法人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 乡（镇）卫生院  意 见 | （公章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 县（市、区）卫健委、中医药行政管理部门意见 | 县（市、区）卫健委、中医药发展局经办人意见：  签名  县（市、区）卫健委、中医药发展局局长签字：  （公章）  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。

附件3：

中医确有专长考试人员诊疗技术证明推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系方式 | |  | 身份证号码 |  | | |
| 所在执业机构 | |  | 擅长诊疗技术 |  | | |
| 证明人  推荐  意见 | 推荐意见：  证明人签名： 证明人所在机构： | | | | | |
| 县（市、区）卫生局核实  意见 | 县（市、区）卫健委、中医药发展局经办人意见：  签名：  县（市、区）卫健委、中医药发展局签字：  （公章）  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. 证明人推荐意见要明确被证明人所具有的中医理论、技术特长，诊疗技术特色及疗效等。

4. 需提交证明人的医师（中医）资格证书、执业证书原件、复印件，所在县（市、区）卫健委、中医药发展局审核无误后在复印件上写明“与原件相符”，并签名加盖公章。

附件4：

中医确有专长人员评议评价推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 | | |  | | | 执业机构 |  |
| 所在  执业  机构  意见 | | 公章  负责人签字: 年 月 日 | | | | | |
| 县（市、区）卫健委、中医药发展局对居民/患者评议评价情况确认及汇总上报意见 | | 经办人签字: 年 月 日  公 章  负责人签字: 年 月 日 | | | | | |
| 附表格 | | 居民和患者评议评价材料 | | | | | |

表格1：

居民对中医确有专长人员的评议评价情况一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被评议评价者基本情况（由被评议评价者本人填写）：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓  名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 身份  证号 | |  | | 工作试  用单位 |  | | 住  址 |  | |
| **30名居民对技术专长的评议评价情况（上述被评议评价者的基本情况填写完整后由参加评议的居民填写）：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 住 址 | | | | | | 身 份 证 号  及 联 系 方 式 | | 对被评议评价者的评议评价内容 | | | | | | |
| 你认为他的医术  专长是什么 | | | 你认为他医术专长的  治疗效果如何(划√) | | | 执业期间是否  发生过医疗事故 |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |

**被评价人所在医疗机构 被评价人所在地居民组织**

**意见（公章） （村委会或居委会、社区）意见（公章）**

表格2：

患者对中医确有专长人员的评议评价情况一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被评议评价者基本情况（由被评议评价者本人填写）：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓  名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 身份  证号 | |  | | 工作试  用单位 |  | | 住  址 |  | |
| **30名患者对技术专长的评议评价情况（上述被评议评价者的基本情况填写完整后由参加评议的患者填写）：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 住 址 | | | | | | 身 份 证 号  及 联 系 方 式 | | 所患疾病 | | | 对被评议评价者的评议评价内容 | | | |
| 你认为他对你所患疾病  治疗效果如何(划√) | | | 执业期间是否  发生过医疗事故 |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( ) 一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | 好( )一般( ) 差( ) | | |  |

**被评价人所在医疗机构 被评价人所在地居民组织**

**意见（公章） （村委会或居委会、社区）意见（公章）**

附件5：

中医师承出师考核考试申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | | 民 族 | |  | | | | 照片 |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 省辖市中医药发展局（卫健委）行政部门  初审意见    审核人签章 印 章  年 月 日 | | | | | | | | 省中医管理局审核意见  审核人签章 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。

附 件6：

河南省2019年中医师承和确有专长考试

知 情 同 意 书

根据《中华人民共和国执业医师法》、《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（原卫生部第52号令）相关要求，参加河南省2019年中医师承和确有专长考核考试合格者，可获取《传统医学师承证书》或《传统医学确有专长证书》，**该类证书不作为有效行医证件**，仅用于申请报考国家医师资格考试师承或确有专长助理考试。

该考核考试**不同于**《中医药法》所规定的中医医术确有专长人员医师资格考核。

我已认真阅读该知情同意书，并已充分知晓以上内容，同意报考和参加2019年度中医师承和确有专长考核考试。

考生签字：

年 月 日

注：该知情同意书签字须清晰可辨，一式两份，南阳市中医药发展局和考生各存一份。

附件7

**河南省中医师承人员出师考核考试报名汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 报名号 | 姓名 | 性别 | 出生年月日 | 身份证号 | 户籍所在地 | 指导老师姓名 | 指导老师职称 | 指导老师  专业 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：报盖章扫描版和EXCEL文件各一份。 报名号为：年度+1（师承）+41+省辖市代码+四位数编码 例： 张三 2011241010001

县（市区）中医药发展局负责人签字： 审核人签字： 公章 年 月 日

附件8：

河南省中医确有专长人员考核考试报名汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | | 报名号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 所在单位 | 所属中医专长 | 执业年限 | 取得有效行医资格 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：报盖章扫描版和EXCEL文件各一份。报名号：年度+2（专长）+41+省辖市代码+四位数编码 例： 张三 2011241010001

县（市区）中医药发展局负责人签字： 审核人签字： 公章 年 月