附件6

山西省中医医术确有专长人员医师资格考核

申报资料一览表

（多年实践人员）

报名序号：**D**□□□□□□□□□□□□□

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息（申请人填写）** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | 年龄 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系方式 | |  | | | |
| 申报中医疾病类别 | □ 内服方药  □ 外治技术  □ 内服方药为主，外治技术为辅  □ 外治技术为主，内服方药为辅 | | | | | | | | | |
| 治疗中医疾病  具体名称 |  | | | | | | | | | |
| **提交材料目录（县区审核时填写）** | | | | | | | | | | |
| **一、《中医医术确有专长人员医师资格考核申请表》** | | | | □ 有 □ 无 | | | **页码号** | | 1-6 | |
| **二、有效身份证明复印件** | | | | □ 有 □ 无 | | | **页码号** | |  | |
| **三、两名推荐医师有效身份证明复印件、医师资格证书、医师执业证书复印件,两名推荐医师承诺书原件** | | | | □ 有 □ 无 | | | **页码号** | |  | |
| **四、专长综述提纲具体内容（综述及证明材料以附件形式附后）** | | | | | | | **页码号** | |  | |
| 1.医术的基本内容及特点描述 | | | | □ 有 | | | □ 无 | | | |
| 2.医术专长适应症或适用范围描述 | | | | □ 有 | | | □ 无 | | | |
| 3.医术安全性描述 | | | | □ 有 | | | □ 无 | | | |
| 4.医术有效性描述 | | | | □ 有 | | | □ 无 | | | |
| **五、中医医术渊源说明（说明及证明材料以附件形式附后）** | | | | | | | **页码号** | |  | |
| 1.接触中医时间及途径描述 | | | | □ 有 | | | □ 无 | | | |
| 2.学习或掌握的中医典籍 | | | | □ 有 | | | □ 无 | | | |
| **六、中医医术渊源证明材料（以附件形式附后）** | | | | □ 有 □ 无 | | | **页码号** | | |  |
| **七、回顾性中医医术实践资料5例（以附件形式附后）** | | | | □ 有 □ 无 | | | **页码号** | | |  |
| **八、从事中医医术实践活动满五年证明** | | | | □ 有 □ 无 | | | **页码号** | | |  |
| **或患者推荐** | | | | □ 有 □ 无 | | | **页码号** | | |  |
| **本人对以上提交材料的真实性，做出承诺，并自愿承担其相应的法律责任。**  承诺人签名（指印）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 材料交接记录 | | 报送人 | 日期 | | | 接收人 | | 日期 | | |
| 县级初审 | |  |  | | |  | |  | | |
| 市级复审 | |  |  | | |  | |  | | |
| 省级审核 | |  |  | | |  | |  | | |

**填表说明**

1.本表格由申请人连同报名材料一并提交，“基本信息”由申请人填写，“提交材料目录”及“报名序号”由区、县卫生计生行政部门审核后填写。

2.报名序号编号规则为：第1位为考核分类代码（师承学习类为“S”，多年实践类为“D”），2-5位为年度代码，6-11位为县区行政区划代码，12-14位为报名序号。一人一号。

3.后附材料自**两名推荐医师有效身份证明复印件、医师资格证书、医师执业证书复印件,两名推荐医师承诺书原件起，由申请人在**每页材料右下角标注页码，起始页码号为7。

4.相关材料均为A4纸打印或复印。