

鹰潭市卫生健康委员会便函

鹰卫中医函〔2022〕3号

关于开展2022年传统医学师承和传统医学医术确有专长人员报名工作的通知

各区（市）卫健委，市龙虎山风景名胜区文教卫生计生局，鹰潭高新技术产业开发区、市信江新区社会事业局：

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52号令）和江西省卫生厅《关于做好传统医学师承工作和确有专长人员医师资格考核工作的通知》（赣卫中字〔2008〕8号）要求，现将我市2022年传统医学师承和传统医学确有专长人员报名有关事项通知如下：

一、报名时间

2022年3月15日-4月15日。

二、报名要求

（一）传统医学师承人员报名

1. 报名条件

各区（市）卫健委对师承人员及指导老师的准入条件要严

格按照卫生部 52 号令执行。师承人员应当具有高中以上文化程度或者具有同等学历，跟师学习时间以县级以上公证机构公证的师承关系合同的公证之日起计算。

2. 报名程序

师承人员直接向指导带教老师所在地区（市）卫健委报名，经辖区卫健委初审合格后统一报市卫健委中医药管理科复核，市卫健委中医药管理科将符合报名条件的人员资料一并上报省中医药管理局审核。

3. 提交材料

（1）经公证部门公证的《传统医学师承关系合同书》（一式三份）（原件和复印件）。

（2）《传统医学师承出师考核申请表》一式两份（指导老师意见一栏暂不填）。

（3）考生身份证明、二寸免冠正面白底近照 5 张（与申请表同版）、学历或学位证明；

（4）指导老师医师资格证书、医师执业证书、专业技术职务任职资格证明。以上证件均提供原件和复印件（每张须盖章），指导老师注册地点为江西省，不具备中医类副高以上资格者，必须出具从事中医临床工作 15 年以上证明（单位、所辖区卫健委盖章），指导老师同时带徒不超过 4 名。在跟师学习期间，指导老师变更执业地点的，由最后执业所在地的区（市）卫生

健康委填写审核意见。

注：上述材料在报名时审核原件、留存复印件。

(二) 传统医学医术确有专长人员报名

1. 报名条件

(1) 依法从事中医临床实践 5 年以上（必须是乡村医生或者 1998 年 6 月 26 日前有医疗机构执业许可证的人员）。

(2) 掌握独具特色、安全有效的中医诊疗技术。

注：临床实践是指取得有效行医资格人员从事的中医医疗活动，或者未取得有效行医资格人员在中医执业医师指导下从事的中医医疗实习活动，其中包括乡村医生和医疗机构中跟师实习人员等。（在医疗机构跟师实习人员出具加盖医院公章实习证明）

2. 报名程序

申请传统医学医术确有专长考核的人员，填写由国家中医药管理局统一式样的《传统医学医术确有专长考核申请表》，并经所在辖区卫健委审核同意后，向市卫健委提出申请。

3. 提交材料

(1) 传统医学医术确有专长考核申请表。

(2) 本人身份证明复印件 1 份（需当地卫生行政部门盖章）。

(3) 乡村医生注册证书、个体诊所执业许可证复印件 1 份（需当地卫生行政部门盖章审核确认）。

(4) 二寸免冠正面白底照片 5 张(与申请表同版)请按照要求粘贴在 2020 年度传统医学医术确有专长人员相片采集册。

(5) 2 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(2 名执业医师需有执业医师资格证书复印件,并加盖当地卫生计生行政部门公章)。

(6) 各(区、市)卫健委对申请人技术专长进行的评议评价材料(10 名居民和 10 名患者对申请人技术专长进行评议评价,结论是合格或不合格)。

注:上述材料在报名时审核原件、留存复印件。

(三)根据(中华人民共和国卫生和计划生育委员会令第十五号)要求,如需参加《中医(专长)医师资格证书》考核人员需补满 5 年的跟师公证。

三、其它事项

(一)各区(市)卫健委必须在 4 月 30 日前将审核合格者的报名材料及复印件(均需当地卫生健康委盖章)提交至鹰潭市卫健委中医药管理科。邮箱: ytswjwzyk@163.com。

(二)各区(市)卫健委要高度重视此项工作,认真组织辖区内符合条件的考生进行报名,在受理申请、评议、公示等程序上要严格把关,材料审核要严谨,确保今年报名工作进行顺利。

(三)其他未尽事宜请咨询各区(市)卫健委中医股,联系

方式如下：

月湖区：0701-6221936

贵溪市：0701-7185969

余江区：0701-5881102

- 附件：
1. 2022 年传统医学师承人员报名情况汇总表
 2. 传统医学师承出师考核申请表
 3. 传统医学师承关系合同书
 4. 2022 年传统医学师承人员相片采集册
 5. 传统医学医术确有专长考核申请表
 6. 掌握传统医学诊疗技术证明
 7. 传统医学确有专长人员临床实践证明材料
 8. 关于×××同志技术专长的评议评价材料
 9. 鹰潭市确有专长人员考核评议评价
 10. 2022 年传统医学医术确有专长人员相片采集册
 11. 2022 年传统医学医术确有专长人员报名情况汇总表



附件 1

2022 年传统医学师承人员报名情况汇总表

年 月 日

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号	公证时间	工作单位	指导老师姓名	职称	指导老师所在单位	报考类别	联系电话
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

注：报考中医类别请注明中医内科、中医外科、中医儿科、中医妇科等

附件 2

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	<p style="text-align: right;">签 名： 年 月 日</p>		
核准指导老师执业的卫生、中医药行政部门初审意见	<p style="text-align: right;">印 章 年 月 日</p>		
省级中医药管理部门审核意见	<p style="text-align: right;">印 章 年 月 日</p>		

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. 相片一律用近期二寸免冠正面半身照。
4. 个人简历应从小学写起。

附件 3

传统医学师承关系合同书

指 导 老 师 _____

师 承 人 员 _____

签 订 日 期 _____

公 证 日 期 _____

甲方（指导老师）：

乙方（师承人员）：

姓名：

姓名：

性别：

性别：

出生年月：

出生年月：

单位名称及地址：

单位名称及地址或家庭住址：

依据《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（卫生部第 52 号令）的有关规定，经指导老师与师承人员甲乙双方在平等自愿、协商一致的原则下，建立师承学习关系，双方订立合同如下：

一、师承教学时间：自_____年___月___日至_____年___月___日止，总计不少于 1500 学时（需有教学记录）。

二、师承教学的地点（需为合法医疗机构）：

三、师承教学的基本目标（包括职业道德及业务水平）：

四、师承教学的主要内容：

1. 中医（民族医）专业基础知识与基本技能：

2. 中医（民族医）学术经验：

3. 中医（民族医）技术专长：

五、师承教学的方式方法：

六、指导老师职责：

自觉遵守国家的法律、法规，具有良好的医德医风，严谨的科学态度，爱岗敬业，为人师表，保证临床（实践）带教时间，精心组织教学，悉心传授学术经验和技术专长，按照确定的师承教学计划，保质保量的完成带教任务。

七、师承人员职责：

自觉遵守国家的法律、法规，具有良好的医德医风，严谨的科学态度，勤奋好学，尊师守纪，保证跟师学习时间。虚心刻苦学习指导老师的临床经验和技术专长，认真做好跟师笔记，及时归纳整

理，并加以研究。诚实地接受指导老师和管理部门的检查和考核，完成教学计划确定的学习任务，努力提高自己的职业道德、业务素质 and 水平。

八、其它：

本合同一式三份，双方签字后经县级以上公证机构公证，师承关系合同自公证之日起生效，甲乙双方各执一份，具同等法律效力，另一份由公证机构留存备案。

甲 方(签字或盖章)：

乙 方(签字或盖章)：

签订日期： 年 月 日

签订日期： 年 月 日

注：1、签订本师承关系合同必须用钢笔（或签字笔）书写，不得使用圆珠笔。

2、本师承关系合同书应经指导老师单位所在地县级以上公证机构公证。

附件 4

2022 年传统医学师承人员相片采集册

1	姓名		2	姓名		3	姓名		4	姓名		5	姓名	
	手机			手机			手机			手机			手机	
照片			照片			照片			照片			照片		

6	姓名		7	姓名		8	姓名		9	姓名		10	姓名	
	手机			手机			手机			手机			手机	
照片			照片			照片			照片			照片		

11	姓名		12	姓名		13	姓名		14	姓名		15	姓名	
	手机			手机			手机			手机			手机	
照片			照片			照片			照片			照片		

附件 5

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				肄业 毕 结	

<p>本人技术 专长述评</p>	
<p>县级卫生、 中医药行 政部门初 审意见</p>	<p style="text-align: right;">印章 年 月 日</p>
<p>地、设区的 市级卫生、 中医药行 政部门审 核意见</p>	<p style="text-align: right;">印章 年 月 日</p>

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. 相片一律用近期二寸免冠正面半身照。
4. 学习简历应从小学写起。

附件 7

传统医学确有专长人员临床实践年限证明

兹证明：

姓名 _____ ， 年龄 _____ ， 性别 _____ ，

身份证号码：

经审核，于 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日（共计 _____ 年）

依法在 _____ （行医地点）

从事中医 _____ 临床实践，特此证明。

单位盖章：

区（市）卫健委盖章：

年 月 日

附件 8

关于 同志技术专长的评议评价材料

根据国家中医药管理局印发的《传统医学出师考核和确有专长考核实施方案（试行）》的有关规定，我局于 年 月 日抽选了当地 10 名居民和 10 名患者，对 同志的技术专长进行了评议评价， %的患者认为有疗效，评议评价结论为合格。

年 月 日

附件 9

鹰潭市确有专长人员考核评议评价表

姓名		单位		中医特长			
所在地居民评议评价情况（10 名）				患者评议评价情况（10 名）			
姓名	评议评价	姓名	评议评价	姓名	评议评价	姓名	评议评价
综合情况							
考核人员 签 名							

附件 10

2022 年传统医学医术确有专长人员相片采集册

1	姓名			2	姓名			3	姓名			4	姓名			5	姓名	
	手机				手机				手机				手机					
照片			照片			照片			照片			照片						

6	姓名			7	姓名			8	姓名			9	姓名			10	姓名	
	手机				手机				手机				手机					
照片			照片			照片			照片			照片						

11	姓名			12	姓名			13	姓名			14	姓名			15	姓名	
	手机				手机				手机				手机					
照片			照片			照片			照片			照片						

