

# 广东省中医药局

---

粤中医办函〔2019〕139号

## 关于印发 2019 年度广东省中医医术确有专长 人员医师资格考核报名表格的函

各地级以上市卫生健康局（委）：

为进一步贯彻落实我省中医医术确有专长人员医师资格考核工作，根据《关于印发〈广东省卫生和计划生育委员会 广东省中医药局关于中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理的实施细则〉的通知》（粤中医〔2018〕29号），结合2018年度考核工作开展情况，我局研究制定了2019年度广东省中医医术确有专长人员医师资格考核有关报名表格，现印发给你们，请组织申报2019年度广东省中医医术确有专长人员医师资格考核的人员填报。

我局2018年印发的《关于印发广东省中医医术确有专长人员医师资格考核有关报名表格的函》（粤中医办函〔2018〕178号）同时废止。

附件：广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名表格  
（2019）

广东省中医药局办公室  
2019年12月24日



## 附件

### 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名表格（2019）

附件 1	广东省中医医术确有专长人员医师资格考核文件袋封面页
附件 2-1	广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单 （师承学习人员）
附件 2-2	广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单 （多年实践人员）
附件 2-3	广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单 （取得《乡村医生执业证书》的中医药一技之长人员）
附件 3	中医医术专长综述
附件 4	推荐医师承诺书
附件 5	传统医学师承关系合同书（样式）
附件 6	跟师学习情况书面评价意见（及《跟师学习时间列表》）
附件 7	继续跟师学习情况表
附件 8	近五年从事医术实践活动情况表
附件 9	从事中医医术实践活动证明
附件 10	患者推荐汇总表（及患者推荐表）
附件 11	中医医师指导医术实践活动情况表（及《中医医师指导医术实践时 间列表》）
附件 12	回顾性中医医术实践（病案）资料汇总表（及《回顾性中医医术实 践（病案）资料》）
附件 13	现场中药辨识申报表
附件 14	广东省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

附件 1

编号： (20 ) 号

## 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核文件袋封面页

市 县(区/市)

姓名		性别		年龄	
身份证号		联系方式(手机)			
联系地址		邮编			
申报人类别 (选择其中一项)	<input type="checkbox"/> 师承学习人员 ( <input type="checkbox"/> 已取得 <input type="checkbox"/> 未取得本省《传统医学师承出师证书》)				
	<input type="checkbox"/> 多年实践人员 ( <input type="checkbox"/> 已取得 <input type="checkbox"/> 未取得本省《传统医学医术确有专长证书》)				
	<input type="checkbox"/> 取得本省《乡村医生执业证书》的中医药一技之长人员				
从事中医医术实践活动机构名称					
从事中医医术实践活动的地址	市 县(市/区) 镇(街道) 村(路) 号				
申报的专长名称					
申报技术方法类别(勾选一项)	<input type="checkbox"/> 内服方药类	<input type="checkbox"/> 外治技术类 技术名称:		<input type="checkbox"/> 内外兼有 技术名称:	
指导老师 (师承学习人员)	姓名		联系电话		
	专业技术资格证书的专业名称		现从事专业		
	主要执业机构				
推荐医师 1	姓名		联系电话		
	专业技术资格证书的专业名称		现从事专业		
	主要执业机构				
推荐医师 2	姓名		联系电话		
	专业技术资格证书的专业名称		现从事专业		
	主要执业机构				

说明: 1. 所有材料用 A4 纸双面打印或复印。2. 编号由市级卫生健康部门统一填写, 规则为地市(年份)序列号, 如: 广州(2019)001 号。

附件 2-1

## 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单 (师承学习人员)

市            县(市、区)            申报人:

序号	材料名称	说明	页码
1	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	国家统一样式	
2	本人有效身份证明	复印件	
3	中医医术专长综述(及相关佐证材料)	附件 3	
4	推荐医师承诺书(及两名推荐医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格任职证书(如有)复印件)	附件 4	
5	传统医学师承关系合同书(复印件)	附件 5	
6	跟师学习情况书面评价意见(及《跟师学习时间列表》)	附件 6	
7	《传统医学师承出师证书》(已取得本省《传统医学师承出师证书》的人员需提交)	复印件	
8	继续跟师学习情况表(及附件 6-2《跟师学习时间列表》,已取得本省《传统医学师承出师证书》的人员需提交)	附件 7	
9	回顾性中医医术实践(病案)资料汇总表(及 5 例回顾性中医医术实践(病案)资料)	附件 12	
10	现场辨识中药申报表(治疗过程涉及中药的人员需提交)	附件 13	
11	近期二寸(约 3.5cm*4.9cm)免冠正面白底彩色照片	6 张	不编页码
12	跟师学习笔记、临床实践记录等连续跟师学习中医满五年的原始记录等相关材料(不与上述材料装订成册)	初审部门暂存备查	不编页码

说明: 中医医术确有专长人员医师资格考核申请表使用国家统一样式的表格(国中医药医政发〔2017〕31 号)。

附件 2-2

## 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单 (多年实践人员)

市                    县（市、区）                    申报人：

序号	材料名称	说明	页码
1	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	国家统一 样式	
2	本人有效身份证明	复印件	
3	中医医术专长综述（及相关佐证资料）	附件 3	
4	推荐医师承诺书（及两名推荐医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格任职证书（如有）复印件）	附件 4	
5	近五年从事医术实践活动情况表	附件 8	
6	<input type="checkbox"/> 从事中医医术实践活动证明	附件 9 或 附件 10	
	<input type="checkbox"/> 患者推荐汇总表（及患者推荐表）		
7	中医医师指导医术实践活动情况表（及《中医医师指导医术实践时间列表》，所从事中医医术实践活动时间在《中医药法》实施之后的需提交）	附件 11	
8	回顾性中医医术实践（病案）资料汇总表（及 5 例回顾性中医医术实践（病案）资料）	附件 12	
9	现场辨识中药申报表（治疗过程涉及中药的人员需提交）	附件 13	
10	《传统医学医术确有专长证书》（已取得本省《传统医学医术确有专长证书》人员需提交）	复印件	
11	近期二寸（约 3.5cm*4.9cm）免冠正面白底彩色照片	6 张	

说明：中医医术确有专长人员医师资格考核申请表使用国家统一样式的表格（国中医药医政发〔2017〕31 号）。

附件 2-3

## 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核申报材料清单

(取得《乡村医生执业证书》的中医药一技之长人员)

市                    县(市、区)                    申报人:

序号	材料名称	说明	页码
1	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	国家统一样式	
2	本人有效身份证明	复印件	
3	中医医术专长综述(及相关佐证资料)	附件 3	
4	推荐医师承诺书(及两名推荐医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格任职证书(如有)复印件)	附件 4	
5	回顾性中医医术实践(病案)资料汇总表(及 5 例回顾性中医医术实践(病案)资料)	附件 12	
6	现场辨识中药申报表(治疗过程涉及中药的人员需提交)	附件 13	
7	《乡村医生执业证书》	复印件	
8	近期二寸(约 3.5cm*4.9cm)免冠正面白底彩色照片	6 张	不编页码

说明:中医医术确有专长人员医师资格考核申请表使用国家统一样式的表格(国中医药医政发〔2017〕31号)。

附件 3

## 中医医术专长综述

姓 名		身份证号	
医术专长名称			
<p>重点介绍：</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 医术渊源（包括通过非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等，形成清晰的、可溯源的传承脉络，师承学习人员、取得《乡村医生执业证书》的一技之长人员可不介绍）；</li><li>2. 医术的基本内容及特点（包括独特性）描述；</li><li>3. 医术专长适应症或适用范围；</li><li>4. 医术安全性（包含禁忌症、毒副作用）；</li><li>5. 医术有效性；</li><li>6. 医术潜在的风险及防范措施。不超过 5000 字。</li></ol> <p>（医术专长超过 1 个的，按以上顺序逐一介绍，每个医术专长综述不超过 5000 字。）</p> <p>本人对以上填写内容真实性做出承诺，如有虚假，愿意按照《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》有关规定，承担相应后果。</p> <p>申报人签名并按手印： 年 月 日</p>			

附：医术渊源、方法独特性、有效性等佐证材料（可附多页），师承学习人员、取得《乡村医生执业证书》的一技之长人员不需提交医术渊源的佐证材料。

## 附件 4

## 推荐医师承诺书

推荐医师基本情况	姓名		性别		职称	
	身份证号		联系电话			
	执业类别		最近一次医师定期考核合格年度	年		
	专业技术资格证书的专业名称					
	主要执业机构			所在科室		
被推荐者基本情况	姓名		职业		性别	
	身份证号		联系电话			
	申报的中医医术专长					
	从事中医医术活动的机构名称					
	从事中医医术活动的地址	市 县(市/区) 镇(街道) 村(路) 号				
从事中医医术活动的时间	年 月至 年 月(共 年 月)					
推荐医师与被推荐者的关系及熟悉程度	本栏目填写内容包括：1. 何时通过何种途径认识被推荐者；2. 介绍被推荐者医术实践（跟师学习）的职业道德情况；3. 被推荐者中医基础理论、基本技能掌握情况。					



推荐 医师 意见	<p>本栏目填写内容包括：1. 申报的医术专长的医术渊源（推荐多年实践人员参加考核的需介绍）；2. 申报的医术专长的独特性、安全性及疗效等。</p>
推荐 医师 承诺	<p>本人承诺：</p> <p>一、已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》《广东省卫生和计划生育委员会 广东省中医药局关于中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理的实施细则》对推荐医师的要求。</p> <p>二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。</p> <p>三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。</p> <p>四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。</p> <p>五、愿配合审核部门的调查核实工作。</p> <p style="text-align: center;">推荐医师签名并按手印：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

附：推荐医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格证书（如有）等复印件。  
（由推荐医师所在单位核对原件后加具“与原件相符”意见，核对人签名，加盖核对单位印章）

## 传统医学师承关系合同书（样式）

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《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（卫生计生委令第15号）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700工作日（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，保质保量地完成带教任务。

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、业务素质和水平。

#### 八、其它：

本合同一式伍份，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，其中甲乙双方各执一份，指导老师的带教机构与负责监督管理的卫生健康管理部门各留存一份，公证机构留存备案一份，均具有同等法律效力。

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。

说明：

1、本师承关系合同书自印发之日起执行，本通知印发之前已签订的合同书继续有效。  
2、申报中医医术确有专长人员医师资格考核时请同时附指导老师的《医师资格证书》《医师执业证书》《专业技术资格证书》（如有）等复印件（由指导老师所在单位核对原件后加具“与原件相符”意见，核对人签名，加盖核对单位印章）

## 附件 6-1

## 跟师学习情况书面评价意见

申报人		身份证号		学历		
指导老师 基本情况	姓名		职称		职务	
	工作单位 (主要执业机构)			单位负责人		
	未出师 人员	姓名	身份证号	带教起止时间		
师承合同 管理情况	公证时间	年 月 日	存档时间	年 月 日		
	存档机构					
带教机构						
跟师学习 时长(工 作日)	年	年	年	年	年	
	天	天	天	天	天	
	累计 5 年共 工作日(详细时间见《跟师学习时间列表》,附件 6-2)					
指导老师 意见	(介绍师承人员临床实践时长是否达到要求,跟师学习笔记是否齐全,跟师学习内容是否符合要求;临床实践职业道德情况,中医基础理论、基本技能掌握程度,申报专长的独特性、安全性及疗效等)					

	<p>出师结论:</p> <p>本人承诺以上内容属实, 如有虚假, 愿按照国家卫生计生委第 15 号令的规定承担相应的法律责任。</p> <p style="text-align: right;">指导老师签名: 年 月 日</p>
<p>带教机构 意见</p>	<p>(重点核实师承人员临床实践时间是否达到 5 年共 700 个工作日, 跟师学习笔记是否齐全, 跟师学习内容是否符合《实施细则》的要求)</p> <p style="text-align: right;">负责人(签名): 单位名称(盖章): 年 月 日</p>
<p>指导老师 主要执业 机构意见</p>	<p>(指导老师不在主要执业机构带教的须填写, 主要核对指导老师带教时间与多点执业时间是否一致, 能否达到 5 年 700 个工作日的要求)</p> <p>核对人: 负责人(签名): 单位名称(盖章): 年 月 日</p>

说明: 1. 本表由指导老师填写, 经指导老师带教机构及主要执业机构核对; 2. 跟师学习时长根据跟师学习笔记、临床实践记录等进行填写; 3. 国家卫生计生委第 15 号令是指《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》; 4. 《实施细则》是指《广东省卫生和计划生育委员会 广东省中医药局关于中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理的实施细则》(粤中医〔2018〕29 号)。

附件 6-2

## 跟师学习时间列表（      年）

申报人：

指导老师：

月份	跟师学习具体日期	累计时长 (工作日)
1 月		
2 月		
3 月		
4 月		
5 月		
6 月		
7 月		
8 月		
9 月		
10 月		
11 月		
12 月		
小计		

师承人员签名：

指导老师签名：

年 月 日

年 月 日

说明：1、本表每年度填写一份；2、指导老师带教机构不在工作单位（主要执业机构），属多点执业带教的，请附指导老师与带教机构的合同（协议）书复印件。



## 附件 7

## 继续跟师学习情况表

(本表适用于已取得《传统医学师承出师证》的人员)

申报人		身份证号		学历		
指导老师 基本情况	姓名		职称		职务	
	工作单位 (主要执业机构)				单位负责人	
	未出师 人员	姓名	身份证号		带教起止时间	
原师承 学习情况	师承合同 公证时间	年 月 日	出师考核 时间	年 月 日		
	带教机构					
继续跟师 学习情况	是否签订 合同	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		合同是否 公证	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	公证时间	年 月 日		存档时间	年 月 日	
	跟师学习 开始时间	年 月 日		跟师学习 结束时间	年 月 日	
	带教机构					
继续跟师 学习时长 (工作日)	年	年		年		
	天	天		天		
	累计 2 年共 工作日, 详细时间见《继续跟师学习时间列表》(附件 6-2)					



附件 8

## 近五年从事医术实践活动情况表

(多年实践人员)

申报人:

身份证号:

年度	医术活动地点	累计工作日	服务人数
合计			

申报人签名并按手印:

年 月 日

附件 9

## 从事中医医术实践活动证明

(供村(居)委会或县级卫生健康中医药主管部门用)

兹证明:

姓名		性别	
出生年月		身份证号码	
从事中医医术实践活动机构名称			
从事中医医术实践活动地址	市	县(区/市)	镇(街道) 村(路) 号
从事中医医术实践活动时间	年 月至 年 月(共计 年 月)		

经办人:

联系电话:

负责人(签名):

单位名称(盖章):

年 月 日

附件 10-1

患者推荐汇总表

被推荐者：\_\_\_\_\_ 身份证号：\_\_\_\_\_

序号	患者姓名	性别	身份证号	现联系电话	通讯地址	就诊时情况				备注
						就诊时间	就诊机构名称	就诊地点	所患疾病 (或就诊原因)	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

说明：1、本表根据 10 名患者的《患者推荐表》汇总而成；2、10 名患者就诊时间需跨 5 个年度以上。

## 附件 10-2

## 患者推荐表 (多年实践人员)

被推荐者: 身份证号:

推荐患者姓名		性别		身份证号		现联系电话	
通讯地址							
被推荐者情况	从事中医医术实践活动的机构名称						
	从事中医医术实践活动的地址	市	县(市/区)	镇(街道)	村(路)	号	
	从事中医医术实践活动时间	从	年	月到	年	月(共计	年
推荐患者就诊时情况	就诊时间	年	月	日	就诊时年龄		
	就诊机构名称						
	就诊地点						
	所患疾病(或就诊原因)						
	工作单位(或家庭住址)						
推荐理由	简要介绍诊疗过程、治疗效果等,并附在被推荐者从事医术实践活动机构就诊的佐证材料(如病历或处方/治疗单/门诊日志/收费凭证等原始记录的复印件)。						
承诺意见: 本人自愿推荐 参加 年度广东省中医医术确有专长人员医师资格考核。本表填报的信息全部真实准确,如有虚假并造成不良后果,本人愿意承担一切后果。同时承诺本人与被推荐者不存在近亲属或利害关系,并配合审核部门的调查核实工作。 推荐人签名并按手印: <div style="text-align: right;">年 月 日</div>							

附: 1、推荐患者的身份证复印件(并经推荐患者签名确认);

2、在被推荐者从事医术实践活动机构就诊的相关佐证材料(如:病历或处方/治疗单/门诊日志/收费凭证等原始记录的复印件)。

附件 11-1

### 中医医师指导医术实践活动情况表

指导 医师 基本 情况	姓名		性别		出生年月	
	身份证号		联系电话			
	执业类别		最近一次医师定期 考核合格年度		年	
	医师资格 证书编码		医师执业证 书编码			
	主要执业 机构				所在科室	
申报 人 基 本 情 况	姓名		性 别			
	职业		联系电话			
	身份证号		出生年月			
	申报的医术专长					
	指导中医医术实践 活动的机构名称					
	指导中医医术实践 活动的地址	市 县(市/区) 镇(街道) 村(路) 号				
	指导中医医术实践 活动的时间	年 月至 年 月(共 年 月, 具体时间见《中医医师 指导医术实践年度列表》附件 11-2)				
指导 医师 意见	(介绍申报人的临床实践职业道德情况, 中医基础理论、基本技能掌握程度, 申报 专长特点、安全性、疗效等)					
指导 医师 承诺	<p>本人已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》《广东省卫生和计划生育委员会 广东省中医药局关于中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理的实施细则》对指导医师的要求, 本人符合指导医师条件。本人承诺, 以上情况属实, 如有虚假或违反相关规定, 愿承担由此造成的不良后果。同时, 承诺配合审核部门的调查核实工作。</p> <p style="text-align: right;">指导医师签名并按手印:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					

说明: 多年实践人员所从事的中医医术实践活动在《中医药法》实施(即 2017 年 7 月 1 日)之后的, 由指导医师填写本表。

附件 11-2

## 中医医师指导医术实践时间列表（      年）

申报人：

身份证号：

指导医师：

月份	指导医术实践活动具体日期	累计 工作日
1 月		
2 月		
3 月		
4 月		
5 月		
6 月		
7 月		
8 月		
9 月		
10 月		
11 月		
12 月		
小计		

申报人签名并按手印：

指导医师签名并按手印：

年 月 日

年 月 日

说明：本表每年度填写一页

附：1、指导医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格证书（如有）等复印件（由指导医师所在单位（主要执业机构）核对原件后加具“与原件相符”意见，核对人签名，加盖所在单位印章）。2、指导医师所在单位的《医疗机构执业许可证》（副本）或《中医诊所备案证》复印件（加盖医疗机构公章）





附件 12-2

## 回顾性中医医术实践（病案）资料

申报人： 身份证号： 申报专长：

患者姓名		性别		现联系电话	
现住址或工作单位					
以下信息按患者就诊时情况填写					
就诊信息	就诊时间：	就诊时年龄：			
	就诊机构：				
	就诊地点：				
	就诊时住址或工作单位：				
问诊	主诉：				
	现病史：				
望、闻、切诊：					
诊断： (病名后的括号内写证型)					
治法：					
处方： (技术方法或方名、药味及剂量)					
二诊（三诊...）记录（如有，参照首诊要求整理）					
按语：本病案在治疗上的特点及治疗效果总结（不超过 500 字，并附相关佐证材料）					
本人承诺上述内容真实准确。					
申报人签名并按手印： 年 月 日					

附件 13

### 现场中药辨识申报表

姓名		身份证号		联系电话	
医术专长					
1	常用方剂				
	常用药物				
2	常用方剂				
	常用药物				
3	常用方剂				
	常用药物				
4	常用方剂				
	常用药物				
5	常用方剂				
	常用药物				
汇总	常用方剂共      方				
	常用药物                      味（不少于 50 种），填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。				
	是否有毒性药物 <input type="checkbox"/> 否， <input type="checkbox"/> 是。 如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核使用。				

(一) 常用药物表

序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称
1		2		3		4		5	
6		7		8		9		10	
11		12		13		14		15	
16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25	
26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35	
36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45	
46		47		48		49		50	

(二) 有毒药物表

序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称
1		2		3		4		5	
6		7		8		9		10	
11		12		13		14		15	
16		17		18		19		20	

解毒方法:

## 广东省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

填写说明：1、请在每个单元格中填写相应信息，不得合并单元格。2、“申报类别”和“中医医术专长类别”请通过下拉列表选择指定内容。3、本表信息将用于制作证书，请确保姓名、身份证号、申报专长等信息的准确性。4、市级卫生健康中医药管理部门需同时提交此表纸质版（盖单位公章）和电子版。

序号	编号	所在地市	所在县(区)	姓名	性别	身份证号	联系电话	联系地址	申报人类别	申报的中医医术专长			指导老师 (师承学习人员填写)			推荐医师 1 信息			推荐医师 2 信息				
										类别	中医药技术方法	治疗的疾病名称	姓名	主要执业机构	联系电话	姓名	主要执业机构	联系电话	姓名	主要执业机构	联系电话		
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							

公开方式：主动公开

---

校对：医政处 李峰

(共印 10 份)

