

惠州市卫生健康局

关于做好 2020 年度广东省中医医术确有专长 人员医师资格考核报名工作的通知

各县（区）卫生健康局：

根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（国家卫生计生委令第 15 号，下称《暂行办法》）和《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，下称《实施细则》）有关要求，结合《关于开展广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名工作的通知》（粤中医办函〔2020〕124 号），请各地务必落实属地管理责任，结合以下要求，认真做好我市 2020 年度广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名工作。

一、申报条件和要求

申报人申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核应具备的条件按《实施细则》第五条、第六条、第七条、第八条、第四十四条、第四十五条等的规定和要求执行。

二、中医医术实践活动要求

（一）时间要求。申报人员需经过 5 年以上的中医医术实践。近 5 年的实践活动中，在本市同一长期临床实践所在县（区）连续实践时间不得少于 3 年，其余实践时间必须在广东省境内完成，实

践地不得超过 2 个。

(二) 证明要求。从事中医医术实践活动证明由临床实践所在地县级卫生健康中医药主管部门或者所在居委会、村委会出具的，需同时提交 5 年（及以上）所有临床实践所在地县级卫生健康中医药主管部门或者所在居委会、村委会出具的医术实践活动证明。核查中医医术实践时间段不在当地的，中医医术实践活动证明无效。

三、指导老师要求

师承学习人员的指导老师应当符合《实施细则》第十条规定的条件。指导老师带教机构不在所在单位（主要执业机构，下同），属多点执业带教的，指导老师与带教机构应按有关规定签订合同（协议）书，临床带教时间须达到《实施细则》第十二条规定的平均每周不少于 3 个工作日（每个工作日应在 3.5 学时及以上），五年不少于 700 个工作日的要求。

四、推荐医师要求

推荐医师应当为被推荐者长期临床实践所在地级市相关专业中医类别执业医师，相关专业是指推荐医师所从事的专业与被推荐者所申报的中医药技术方法或治疗病证相关，通常细分到中医临床二级分科。

推荐医师须熟悉被推荐者的医术专长及技术方法的独特性、安全性、有效性等。推荐经多年实践人员参加考核的，被推荐者申报的医术专长应具有医术渊源，并确认被推荐者从事中医医术实践活动时间满 5 年。

推荐医师必须与申报人员同时前往现场报名，推荐医师右手持本人《身份证》（人像面），左手持本人《医师执业证书》（人像

页)与申报人员现场合影,并宣读《推荐医师知情同意书》录制视频,合影和视频文件、《推荐医师知情同意书》由现场受理单位负责制作、建档留存,保留3年。合影和视频文件效果要求可清晰识别人物。

五、推荐患者要求

由10名以上患者的推荐证明的,10名以上患者就诊时间须分布在5个年度及以上,户籍在长期实践所在地的不得少于7人,每名推荐患者分别填写《患者推荐表》。推荐患者所患疾病须与被推荐者所申报的治疗病证相符。

患者作为推荐人须熟悉被推荐者所治疗的疾病及疗效,了解其从事医术实践活动的机构名称或地点,同时承诺配合接受审核部门的调查核实工作,不配合者,该患者的推荐无效。推荐患者与被推荐者有近亲属或利害关系的应当回避。申报人员需提供10名以上患者就诊病历、处方、治疗单、门诊日志、收费单据等供现场受理人员核查。

六、申报材料要求

按照《实施细则》第十四条、第十五条、第四十四条的要求执行,有关填报表格参见《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(2020年版)的函》(粤中医办函〔2020〕125号),其中《中医医术确有专长人员医师资格考核申请表》采用《国家中医药管理局关于印发〈中医医术确有专长人员医师资格考核申请表〉和〈中医医术确有专长人员医师资格考核结论表〉式样的通知》(国中医药医政发〔2017〕31号)印制的表格。为做好考核报名工作,提出如下要求:

(一) 总体要求

1. 申报人提交的申报材料必须真实、有效，不得弄虚作假，一经发现，取消当年报名资格，并在其后 2 年内不得在本市申报此项考核；存在违法违规行为的，依法依规追究相关人员责任。

2. 申报人员提交材料必须根据分类，按照《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（2020 年版）的函》（粤中医办函〔2020〕125 号）要求顺序进行整理，不得缺项，编写对应页码，装订成册。

3. 提交的表格中相关栏目如没有，请填写“无”。

4. 申报人员从事医术实践活动的地址要具体到门牌号，出具证明文书也需要具体到门牌号。

5. 考核结论为综合评定结果，建议申报人慎重选择申报的技术方法和治疗病证的数量。

6. 选取的 5 例回顾性病案，病案所采用的中医药技术方法和治疗病证应与申报的医术专长相符，患者就诊时间须分布在 5 个年度，患者户籍需全部在长期实践所在地，便于受理单位现场核查走访。申报人员需提供患者就诊病历、处方、治疗单、门诊日志、收费单据等供现场受理人员核查。

7. 申报人提交本人的证书证件等复印件须与原件相符并经申报人签名确认，现场报名时由受理人员核对原件，核对无误后，核对人在复印件上加具“与原件相符”的意见并签名确认，加盖印章。

8. 指导老师或推荐医师的《医师资格证书》《医师执业证书》《专业技术资格证书》（如有）等证书复印件，由其所在单位验证，核对人加具“与原件相符”的意见并签名，加盖医师所在单位印章。

现场报名时由受理人员核查核实，签名并加盖受理单位印章。

9.《中医医术确有专长人员医师资格考核申请表》电子版须在“照片”栏黏贴电子照片；同时用透明照片袋将6张近期二寸（约3.5cm*4.9cm）免冠正面白底彩色照片用回形针夹在报名材料首页右侧顶端提交，照片背后填写格式为“申报人姓名（地市+县区）”。

10.申报材料用A4纸双面打印或复印，按申报材料清单的顺序排列，每页标注页码，装订成册，并装入文件袋中。文件袋请贴《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》。

11.申报材料一式8份，其中市、县（区）卫生健康中医药主管部门各存留1份，其余上报省级中医药主管部门。申报材料一经提交，不予退回，除审核部门要求补充的材料外，不再接收任何材料。

（二）师承学习人员要求。师承学习人员的跟师学习笔记、临床实践记录等连续跟师学习中医满五年的原始材料，须交跟师临床实践医疗机构核对。跟师临床实践医疗机构与指导老师主要执业机构不一致，属多点执业带教的，须由指导老师主要执业机构核对多点执业的时间，并提供指导老师与带教机构的合同（协议）书。跟师学习笔记、临床实践记录等材料不需与其他申报材料装订成册，不随申报材料上报，由县级卫生健康中医药主管部门留存备查，考核工作结束后退回申报人。

（三）多年实践人员要求。多年实践人员应提供具有医术渊源的相关证明材料，包括中医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等可溯源学术渊源传承学习的证明材料。

七、报名时间和送审要求

(一) 申报人持有效身份证件,携带规定的材料,向长期临床实践所在地县级卫生健康中医药主管部门提交申报材料,报名截止时间为 2021 年 3 月 15 日。

(二) 各县(区)卫生健康中医药主管部门在 2021 年 4 月 26 日前将审核合格人员材料报市卫生健康局复核。市局接收报送材料采取“来电预约+现场双核”方式,发现不合格材料予以现场退回,退回后本年度不再接受该报名者的材料。现场双核机会只有 1 次,请各地初审务必根据省、市要求逐条严格把关,尽早预约,2021 年 4 月 27 日起不予受理。

(三) 《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》(下称《汇总表》)、《违纪违规名单》需要同时提交纸质版(盖受理单位公章)和电子版,其他材料仅需纸质报送。请各县(区)卫生健康部门按要求填写并认真核对《汇总表》,确保姓名、身份证号、申报专长等信息的准确性,该表信息将用于制作证书。

八、其他要求

(一) 申报材料通过审核,符合考核条件人员的考核时间另行通知。

(二) 本通知发出后,如国家卫生健康委、国家中医药管理局有新的规定出台,按国家新出台的规定执行。

(三) 请各县(区)卫生健康局落实好属地管理责任,避免往年弄虚作假或闹访等问题发生。

附件：1. 推荐医师知情同意书（多年实践人员）

2. 违纪违规名单

3. 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



（联系人：任琪、陈桂芬；电话：2833093；邮箱：wjzzyy@hui
zhou.gov.cn）

附件 1

推荐医师知情同意书

(多年实践人员)

本人_____清楚知悉《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。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。自愿承担被推荐者_____参加 2020 年度广东省中医医术确有专长人员医师资格考核报名的推荐医师。了解被推荐者的医术渊源，能确认被推荐者在_____（长期中医医术实践地）从事中医医术实践活动时间满 5 年。熟悉并能确认被推荐者的医术专长及技术方法的独特性、安全性、有效性。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。愿配合审核部门的调查核实工作。

推荐人： （签名、按手印）

年 月 日

附件 2

违纪违规名单

单位_____ (盖章)

年 月 日

[illegible]