附件1

**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 |  | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | |
| 学 历 |  | | | 学 位 |  | 手机号 | |  | |
| 现从事职业 | | | | |  | | | | |
| 现工作单位及地址 | | | | |  | | | | |
| 家庭住址（现居住地址） | | | | |  | | | | |
| 长期实践医疗机构及地址 | |  | | | | | | | |
| 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（专长类别、传承脉络、简述专长治疗疾病的理论依据） | | | | | **XX技术和（或）内服方药治疗XX疾病** | | | | | |
| 县级中医药主管部门初审意见 | | | | | 印 章  年 月 日 | | | | | |
| 市级中医药主管部门审核意见 | | | | | 印 章  年 月 日 | | | | | |

1．一律用黑色中性笔填写，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

**传统医学医术确有专长考生临床**

**实践年限证明**

申请人 ，性别 ， 族，身份证号： ，于 年 月至 年 月在我单位中医执业医师 的指导下从事中医医术临床实践，其本人熟练掌握了（中医医术专长：XX技术和（或）内服方药治疗XX疾病） 的理论与方法。

医疗机构名称（盖章）：

负责人（签字）：

年 月 日

县（市）区卫生健康局（盖章）：

负责人（签字）：

年 月 日

附件3

**长期实践医疗机构法人承诺书**

申请人 ，性别 ， 族，身份证号： ，于 年 月至 年 月在我单位中医执业医师 的指导下从事中医医术临床实践，其本人熟练掌握了（中医医术专长：XX技术和（或）内服方药治疗XX疾病） 的理论与方法。

以上所述情况属实，如有虚假，本人及机构自愿承担一切责任。

特此承诺。

医疗机构名称（盖章）：

法人签字（手印）：

年 月 日

附件4

**掌握传统医学诊疗技术推荐证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人  姓名 | |  | | 被证明人姓名 |  |
| 证明人职称及从事专业 | |  | | 证明人手机号 |  |
| 证明人所在单位、地址、机构法人姓名及手机号 | | |  | | |
| 证明人资格证书编号 | | |  | | |
| 证明人执业证书编号 | | |  | | |
| 对被证明人技术专长的  评述 |  | | | | |
| 以上所述情况真实，如有虚假，本人愿承担一切责任。  证明人签字： 年 月 日 | | | | | |