附 件1：

中医师承和确有专长考核知情同意书

根据《中华人民共和国执业医师法》、《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（原卫生部第52号令）、《河南省中医药发展局关于做好2019年度中医师承和确有专长考核考试的通知》（豫中医〔2019〕7号）相关要求，参加2025年中医师承和确有专长考核考试合格者，可获取《中医确有专长证书》和《中医师承出师证书》，**该类证书不作为有效行医证件**，仅用于申请报考国家医师资格考试师承或确有专长助理考试。

该考核**不同于**《中医药法》所规定的中医医术确有专长人员医师资格考核。

我已认真阅读该知情同意书，并已充分知晓以上内容，同意报考和参加2025年度中医师承和确有专长考核考试。

考生签字：

年 月 日

注：该知情同意书签字须清晰可辨，中医确有专长考核人员共一式三份，分别交由考生报名县区卫健委、市卫健委和考生本人留存（考试时须携带）。

附 件2：

中医确有专长考核考试申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | | | 此处粘贴近期小二寸免冠正面半身照（报名资料同版照片） |
| 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 | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
| 本人技术专长述评 |  | | | | | | | | | | | | |
| 县区卫健委初审意 见 | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 市卫健委审核意见 | 印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

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．相片一律用近期小二寸免冠正面半身照（报名资料同版照片）。

4．个人简历应从小学写起。附 件3：

中医确有专长考试人员临床实践证明表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系方式 | |  | 身份证号码 |  | | |
| 从事中医临床  实践起止时间 | |  | 从事中医临床  实践所在单位 |  | | |
| 执业  机构  意见 | （公章）  法人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 乡（镇）  卫生院  意见 | （公章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 县（区）  卫健委  意见 | 县（区）卫健委经办人意见：  签名：  县（区）卫健委主任签字： （公章）  年 月 日 | | | | | |

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。

附 件4:

中医确有专长考试人员诊疗技术证明推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 联系方式 | |  | 身份证号码 |  | | |
| 所在执业机构 | |  | 擅长诊疗技术 |  | | |
| 证明人  推荐  意见 | 推荐意见：  （公章）  证明人签名： 证明人所在机构： | | | | | |
| 县（区）卫健委核实  意见 | 县（区）卫健委经办人意见：  签名：  县（区）卫健委主任签字： （公章）  年 月 日 | | | | | |

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. 证明人推荐意见要明确被证明人所具有的中医理论、技术特长，诊疗技术特色及疗效等。

4. 需提交证明人的医师（中医）资格证书、执业证书原件、复印件，所在县（市、区）卫健委审核无误后在复印件上写明“与原件相符”，并签名加盖公章.

附 件5:

中医确有专长人员考核考试报名汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 所在单位 | 所属中医专长 | 执业年限 | 取得有效行医资格 | 报名费用 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：报纸质表格一式三份，EXCAL电子文档一份。

负责人签字（主管领导）： 审核人签字（科室负责人）： （县区卫健委公章 ）

年 月 日

附 件6:

中医确有专长考生纸质照片粘贴表

**＿＿＿县（区）**

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处1** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处2** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处1** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处2** |

**考生姓名 考生姓名**

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处1** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处2** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处1** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处2** |

**考生姓名 考生姓名**

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处2** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处1** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处2** |

|  |
| --- |
| **考生照片**  **粘贴处1** |