

忻州市卫生健康委员会办公室

忻卫健办函〔2021〕128号

忻州市卫生健康委员会办公室 关于做好2021年传统医学师承和确有专长人员 考核工作的通知

各县（市、区）卫生健康和体育局、五台山风景区社会农村工作局、委直医疗机构：

根据《传统医学师承和确有专长人员考核考试办法》（原卫生部52号令）和《山西省卫生健康委员会办公室关于做好2021年传统医学师承和确有专长人员考核工作的通知》（晋卫办中医药函〔2021〕16号）的有关规定，现将2021年传统医学师承和确有专长人员考核工作有关事宜通知如下：

一、2021年传统医学师承和确有专长人员考核报名采取网上报名和现场审核的方式进行，出师考核和确有专长人员考核的报名条件、考核时间、考核地点及考核方式等见《忻州市2021年传统医学师承和确有专长人员考核通告》（以下简称《通告》）。

二、各县（市、区）卫体局、五台山风景区社会农村工作局、各委直医疗机构要根据《通告》要求，在本辖区内相关媒体（党政报刊、网站等）进行通告，加强宣传，确保符合报名条件的人员知晓本次考核有关事项，并在规定时间内完成报名工作。

三、各县（市、区）卫体局、五台山风景区社会农村工作局、各委直医疗机构要高度重视此次考核报名工作，确定分管领导，安排专人负责，严格杜绝弄虚作假等行为，确保考核工作公平、公正、公开。如发现申请人提供虚假证明等情况，根据《医师资格考试违规处理规定》等文件要求，将依法取消报名资格。

四、传统医学师承出师考核由省卫健委组织实施，传统医学确有专长人员考核由市卫健委组织实施。

附件：忻州市 2021 年传统医学师承和确有专长人员考核通告

忻州市卫生健康委办公室

2021 年 4 月 27 日



附件：

忻州市 2021 年传统医学师承和确有专长人员 考核通告

根据《山西省卫生健康委办公室关于做好 2021 年传统医学师承和确有专长人员考核工作的通知》（晋卫办中医药函〔2021〕16 号）文件要求，现将 2021 年传统医学师承和确有专长人员考核有关事宜通告如下：

一、报名条件

（一）申请传统医学师承出师考核

1. 同时具备以下申报条件

（1）已签订《传统医学师承关系合同书》，并经县级以上公证机关公证的师承人员；

（2）自公证之日起至 2021 年 6 月 30 日前满三年的；

（3）已完成师承学习任务的；

（4）具有高中以上文化程度或者具有同等学历；

2. 报名程序

（1）网上报名。申请者登录山西省中医药数据中心（IP 地址是 <http://59.49.101.120:12000> 域名 <http://www.sxszyysjglzx.cn:12000>）进入传统医学师承和确有专长人员考核报名入口，注册后填报个人信息。

(2) 网下报名。填写《传统医学师承出师考核申请表》，经核准其指导老师执业的卫生健康行政部门审核同意后，报市卫生健康委初审，符合条件的上报省中医药管理局；指导老师执业地点在委直医疗机构的，从其所在医疗机构属地卫生健康行政部门逐级申报。省中医药管理局对材料进行复核，复核通过，登录报名网站打印准考证。

3. 提交材料

(1) 传统医学师承出师考核申请表；

(2) 本人身份证明；

(3) 近期二寸免冠正面半身照片 3 张；

(4) 学历或学历证明；

(5) 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书，或者核准其执业的卫生行政部门出具的从事中医临床工作 15 年以上证明（附件 1）；

(6) 经公证机构公证的《传统医学师承关系合同书》；

(7) 跟师学习记录等其他有关证明材料；

(8) 在跟师学习期间，指导老师变更执业地点的，由最后核准其执业的卫生行政部门填写审核意见；

(9) 考生诚信承诺书（附件 2）；

(10) 参加过 2012-2020 年出师考核成绩不合格者，如 2021 年继续申请出师考核，只须提供（1）（2）（3）条所述材料即可；

4. 材料审核

(1) 县级审核：各县（市、区）卫体局、五台山风景区管委会负责材料初审，要查看以上资料的原件，必要时实地查看。向市卫生健康委提交第 1、6、9 条材料原件、照片及以上第 2、4、5、6 的复印件各一份，提交材料要按顺序装订。对网上报名信息进行审核。

(2) 市级审核：市卫生健康委对材料完整性和准确性进行复核，必要时实地抽查。对网上报名信息进行复核。

(3) 省级审核：对提交材料进行审核确认，对网上报名信息进行确认。

(二) 申请传统医学确有专长考核

1. 申请者应当同时具备以下条件：

- (1) 依法从事传统医学临床实践 5 年以上；
- (2) 掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术；

2. 报名程序

(1) 网上报名。同上。

(2) 现场审核。网上报名成功后，申请者打印《传统医学医术确有专长考核申请表》，县（市、区）卫体局、五台山风景区社会农村工作局负责对申请确有专长考核人员提交的材料进行初审，符合条件的上报市卫生健康委，市卫生健康委对材料进行复审，复审合格的考生可登录报名网站打印准考证。

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;

(3) 近期二寸免冠正面半身照片 3 张;

(4) 申请者所在市、县级卫生健康行政部门出具的证明其依法从事传统医学临床实践年限的材料(附件 3);

(5) 两名以上当地的中医类别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(附件 4);

(6) 同时提交第(5)项中两名中医类别执业医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术职务任职资格证书;

(7) 考生诚信承诺书(附件 2);

4. 材料审核

(1) 县级审核: 各县(市、区)卫体局、五台山风景区管委会负责材料初审,要查看以上资料的原件,必要时实地查看。向市卫生健康委提交第 1、4、5、6、7 条材料原件、考生照片及以上第 2、4、5、6 的复印件各一份,提交材料要按顺序装订。对网上报名信息进行审核。

(2) 市级审核: 市卫生健康委对材料完整性和准确性进行复核,必要时实地抽查。对网上报名信息进行复核。

(3) 省级审核: 对提交材料进行审核确认,对网上报名信息进行确认。

二、报名时间

(一) 网上报名

2021 年 5 月 1 日启动,7 月 31 日结束;8 月 1 日—10 日市

卫健委进行网上审核并确认，同时上报省中医药管理局审核。

（二）网下报名

各县（市、区）应于8月10日前将相关报名材料报市卫生健康委中医科。

三、考核方式、内容、时间及地点

（一）考核方式及内容

严格按照《传统医学师承和确有专长人员考核考试大纲》的规定和要求执行。

（二）考核时间和地点

出师考核定于2021年8月下旬，考核地点设在国家中医类别医师实践技能考试基地（山西省中医院）；8月20日起打印准考证，具体时间地点以准考证为准。确有专长人员考核拟定于2021年8月31日前完成，具体时间及地点另行通知。

相关表格请登录山西省中医药数据中心下载。

三、其它

（一）出师考核中的临床实践技能考核和确有专长考核中的临床实践本领考核合格成绩两年有效，综合笔试合格成绩当年有效。

（二）师承和确有专长人员通过考试取得的《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》，只作为其参加国家医师资格考试的报名条件之一。

（三）《关于印发第一批国家重点监控合理用药药品目录（化

药及生物制品)的通知》(国卫办医函〔2019〕558号)规定:
对于中药,中医类别医师应当按照《中成药临床应用指导原则》
《医院中药饮片管理规范》等,遵照中医临床基本的辨证施治原
则开具中药处方。其他类别的医师,按照《传统医学师承和确有
专长人员医师资格考核考试办法》有关规定跟师学习中医满3年
并取得《传统医学师承出师证书》的,既可以开具中成药处方,
也可以开具中药饮片处方。

附件:1.传统医学师承考生指导老师从事中医临床工作年限证
明

2.考生诚信承诺书

3.传统医学医术确有专长考生临床实践年限证明

4.掌握传统医学诊疗技术证明

5.2021年传统医学师承考核报名人员信息汇总表

6.2021年传统医学确有专长考核报名人员信息汇总表

附件 1:

传统医学师承考生指导老师从事 中医临床工作年限证明

考生 _____ (身份证号: _____), 指导老师 _____ (身份证号: _____)。

_____ 从 _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月依法在 _____ 从事中医 _____ 科临床工作, 特此证明。

指导老师临床工作机构 (盖章) 县 (市、区) 卫健体局 (盖章)

年 月 日

年 月 日

附件 2:

考生诚信承诺书

本人_____，(身份证号码:_____)

郑重承诺如下:

所提供的关于传统医学师承和确有专长考核报名资料和所附材料均真实、合法。如有不实之处，本人愿承担相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

承诺人(签名):

年 月 日

附件 3

传统医学医术确有专长考生临床 实践年限证明

考生 _____ (身份证号: _____),
从 _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月依法在 _____
从事中医 _____ 科临床实践, 特此证明。

临床实践机构 (盖章)

县 (市、区) 卫健体局 (盖章)

年 月 日

年 月 日

附件 4:

掌握传统医学诊疗技术证明

证明人姓名		被证明人姓名	
证明人 所在单位		证明人电话	单位:
			手机:
证明人《医师资格证书》编号:			
《医师资格证书》编号:			
被 证 明 人 技 术 专 长 评 述			
以上证明如有虚假,我本人承担一切责任。			
证明人签字: 年 月 日			

附证明人《医师资格证书》《医师执业证书》复印件(A4纸复印)

