附件1

彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 照 片 |
| 出生年月 |  | 民族 | |  | |
| 文化程度 |  | 政治面貌 | |  | |
| 健康状况 |  | 现从事主要职业 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 邮编 |  | | 联系电话 | |  | |
| 户籍所在地 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 医术实践地点 |  | | 医术实践时间 | | 年 月至 年 月 | |
| 医术专长 | 1.擅长使用××技术诊治××病  2.擅长使用××技术诊治××病  3.擅长使用××技术诊治××病  4.擅长使用××技术诊治××病  5.擅长使用××技术诊治××病 | | | | 近五年服务人数 |  |
| 学习途径 | 自学□ 家传□ 跟师□ 自创□ | | | | | |
| 医术渊源  （3代） | 1.彝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。  2.接触彝医的时间、形式；学习或掌握的彝医典籍；主要彝医学术思想阐述等。 | | | | | |
| 个人学习经历 |  | | | | | |
| 医术实践经历 |  | | | | | |
| 医术专长综述 | 1.擅长使用××技术诊治××病  （1）医术的基本内容及特点描述  （2）医术专长适应症或适用范围  （3）医术安全性  （4）医术有效性  （5）医术潜在的风险性及防范措施  2...... | | | | | |
| 回顾性彝医医术实践资料 5 例（需提供患者真实姓名、住址、电话、病历资料等，以附件形式附后） | | | | | | |
| 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》《楚雄州彝医医术确有专长医师资格（乡村专项）考核管理办法》有关规定，承担相应后果。  本人签字（按指印）：  日期： 年 月 日 | | | | | | |
|  | | | | | | |

推荐材料 一

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐 医师 基本 情况 | 姓名 | |  | 性别 |  |
| 职称 | |  | 民族 |  |
| 专业 | |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 | |  | | |
| 医师资格证书  编码 | |  | | |
| 医师执业证书  编码 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | |
| 推荐 医师 意见 | （推荐意见：被推荐人姓名、医术专长、推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。  推荐医师签字（按指印）：  日期： 年 月 日 | | | | |
| 县（市）中（彝）医药主管部门意见 | | （初审意见）  审核人签字：  单位负责人签字：  （单位公章） 年 月 日 | | | |
| 州中（彝）医药主管部门意见 | | （复审意见）  审核人签字：  单位负责人签字：  （单位公章） 年 月 日 | | | |

推荐材料 二

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推  荐  医  师  基  本  情  况 | 姓名 | |  | 性别 |  |
| 职称 | |  | 民族 |  |
| 专业 | |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 | |  | | |
| 医师资格证书 编码 | |  | | |
| 医师执业证书 编码 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | |
| 推  荐  医  师  意  见 | （推荐意见：被推荐人姓名、医术专长、推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。  推荐医师签字（按指印）：  日期： 年 月 日 | | | | |
| 县（市）中（彝）医药主管部门意见 | | （初审意见）  审核人签字：  单位负责人签字：  （单位公章） 年 月 日 | | | |
| 州中（彝）医药主管部门意见 | | （复审意见）  审核人签字：  单位负责人签字：  （单位公章） 年 月 日 | | | |

填表说明

一.本表供彝医医术确有专长人员申请参加医师资格（乡村专项）考核使用。

二.可手写，也可电脑上填写后打印，内容要具体、真实，字迹要端正、清楚。申请人签字、推荐医师意见和签字只能由相应人员用钢笔或签字笔手写。

三.本表分别由申请人、推荐医师、县、州级中（彝）医药主管部门填写。

四.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

五.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

六.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

七.工作单位：xx县xx卫生院xx村卫生室（社区卫生服务站）。

八.医术专长：包括所使用的彝医药技术方法和擅长诊治的病证范围。使用的彝医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使用××技术诊治××病”。医术专长还应符合“方法独特、技术安全、疗效明显”标准。申报的彝医疾病数量不超过6个。申报的彝医药技术分“内服方药”、“外治技术”、“内外兼有”三类，其中申报“外治技术”和“内外兼有”类的须明确技术类别或技术名称，如“使用内服方药治疗××病”、“使用××外治技术治疗××病”、“使用内服方药兼××外治技术治疗××病”。申报的医术专长应与附件2所填报医术专长一致。

九.医术渊源：包括彝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。

十.个人学习经历：包括文化学习和医术学习经历。

十一.医术专长综述：按申报的彝医疾病，分别简要叙述医术专长的基本内容及特点、适应症或适用范围、安全性、有效性、潜在的风险性及防范措施等。

十二.推荐医师基本情况：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书复印件，中医类副主任医师以上专业技术职务任职资格证书复印件。

十三.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。