

# 北京市中医管理局文件

京中医政字〔2015〕14号

---

## 北京市中医管理局关于开展2015年北京市传统医学 出师考核和确有专长考核的公告

根据《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（中华人民共和国卫生部令第52号）及《北京市传统医学师承和确有专长人员考核管理办法》（京中医政字〔2013〕207号）要求，现将2015年北京市传统医学师承人员出师考核和确有专长人员考核工作具体事宜公告如下：

### 一、出师考核

#### （一）申请传统医学出师考核的报名条件

- 1、按照北京市中医管理局规定的学习方式和学习内容连续跟师学习满三年（时间截止到2014年12月31日）；
- 2、经核准其指导老师执业的卫生行政部门审核同意。

#### （二）申请出师考核人员应当提交下列材料

1、传统医学师承出师考核申请表（附件 1）；

2、本人身份证明及复印件；

3、近期小二寸正面免冠半身彩色照片 2 张；

4、学历或学力证明原件及复印件；

5、指导老师的医师资格证书、医师执业证书原件及复印件；专业技术职务任职资格证明原件及复印件，或者核准其执业的卫生行政部门、中医药管理部门出具的从事中医、民族医临床工作 15 年以上的证明；定期考核机构出具的上一考核年度的工作成绩、职业道德、业务水平的考核结果；医疗机构出具的三年带教期间的工作时间证明；

6、经公证的师承关系合同原件及复印件；

7、北京市中医管理局监制的《传统医学师承人员学习记录手册》（包括指导老师对师承人员制定的三年教学计划，师承人员在指导老师的指导下，制定的每年度个人学习计划；临床实践学习每周不少于 25 学时（1300 学时/年）记录；每年度不少于 100 例的临床病案记录；每年度不少于 50 篇的理论学习记录；每年度参加指定的不少于 20 学时的集中培训记录）及法律法规培训记录；

8、2015 年北京市传统医学师承出师考试考生信息确认表（附件 2）。

### （三）审核程序

1、申请参加出师考核的师承人员，填写由国家中医药管理局统一式样的《传统医学师承出师考核申请表》，向其

指导老师执业的医疗机构提出申请，医疗机构审核同意后，再经核准其指导老师执业的卫生行政部门、中医药管理部门审核同意后，申请人持有相关申请材料，向北京市中医管理局提出申请；

2、北京市中医管理局对申请出师考核者提交的材料进行审查，符合考核条件的，发放准考证；不符合考核条件的，在受理申请后 20 个工作日内向申请出师考核者说明理由。

#### （四）出师考核报名地点及时间

1、报名地点：北京中医协会（朝阳区小关北里 218 号，北京藏医院内）

2、报名时间：2015 年 1 月 29 日至 2015 年 2 月 6 日

3、考试费用：372 元

4、联系人及电话：朱德新 64007339

## 二、确有专长考核

### （一）申请确有专长考核的报名条件

1、持有北京市户籍；

2、在北京辖区内医疗机构依法从事传统医学临床实践 5 年以上。

### （二）申请报名确有专长考核人员，需提交以下材料

1、《传统医学医术确有专长考核申请表》（附件 3）；

2、持有北京辖区内医疗机构开具的《传统医学医术确有专长考生临床实践年限证明》（附件 4）；

3、两名副主任医师以上职称的中医类别执业医师出具

的《掌握传统医学诊疗技术证明》(附件5,同时附证明人医师资格证书、执业证书和任职资格证书的原件及复印件);

4、本人身份证原件及复印件;

5、近期小二寸正面免冠彩色半身照片2张;

6、开具《传统医学医术确有专长考生临床实践年限证明》的医疗机构的《医疗机构执业许可证(副本)》原件及复印件(A4纸打印,加盖医疗机构公章)

7、申请人所在医疗机构提供其依法从事临床实践五年的证明(连续5年每年30份证明其技术专长疗效的病历、处方等资料)。

### (三) 审核程序

申请人持相关证件,向其依法从事临床实践的医疗机构所在辖区的卫生行政部门提出申请,区县卫生行政部门审核后在《传统医学医术确有专长考核申请表》签署审核意见,统一向北京市中医管理局呈报申请人材料。

### (四) 确有专长考核报名地点及时间

1、报名地点:申请人依法从事临床实践医疗机构所在辖区卫生局

2、报名时间:2015年1月29日至2015年2月6日

3、考试费用:372元

(五) 各区县卫生行政部门向北京市中医管理局呈报申请人材料时间:2015年1月29日至2015年2月6日(需报A4纸质版、电子版汇总表各1份,见附件6)。

上报地址：北京中医协会（朝阳区小关北里 218 号，北京藏医院院内）

联系人及电话：朱德新 64007339

邮箱：zhudexin999@126.com（电子版）

附件：

- 1、传统医学师承出师考核申请表
- 2、2015 年北京市传统医学师承出师考试考生信息确认表
- 3、传统医学医术确有专长考核申请表
- 4、传统医学医术确有专长考生临床实践年限证明
- 5、掌握传统医学诊疗技术证明
- 6、2015 年北京市传统医学确有专长资格考试报名汇总表



---

抄送：北京市卫生计生委、各区县卫生计生委

北京市中医管理局办公室

2015年1月29日印发



|                         |  |          |  |
|-------------------------|--|----------|--|
| 指导老师姓名                  |  | 指导老师单位   |  |
| 指导老师职称                  |  | 指导老师工作年限 |  |
| 指导老师联系电话                |  | 指导老师通讯地址 |  |
| 指导老师主要学术思想、临床经验和学术专长    |  |          |  |
| 指导老师意见                  | <p style="text-align: right;">签 名：<br/>年 月 日</p> |          |  |
| 核准指导老师执业的卫生、中医药行政部门初审意见 | <p style="text-align: right;">印 章<br/>年 月 日</p>  |          |  |
| 省级中医药管理部门审核意见           | <p style="text-align: right;">印 章<br/>年 月 日</p>  |          |  |

注：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. 相片一律用近期一寸免冠正面半身照。
4. 个人简历应从小学写起。
5. A4 纸打印。

附件 2

2015 年北京市传统医学师承出师考试考生信息确认表

| 备案号 | 姓名 | 性别 | 出生日期 | 报考专业(同老师从事专业) | 身份证号 | 指导老师姓名 | 指导老师职称 |
|-----|----|----|------|---------------|------|--------|--------|
|     |    |    |      |               |      |        |        |
|     |    |    |      |               |      |        |        |
|     |    |    |      |               |      |        |        |

请每位参加出师考试的考生认真填写以上信息并发送邮箱：[bjzyxh2013@163.com](mailto:bjzyxh2013@163.com) (备案号不祥可以空项)





|                              |   |
|------------------------------|---|
| <p>本人技术专长述评</p>              | <p>专长类别：（只能选一项）<br/> <input type="checkbox"/>内科 <input type="checkbox"/>外科 <input type="checkbox"/>妇科 <input type="checkbox"/>儿科 <input type="checkbox"/>针灸科 <input type="checkbox"/>推拿科 <input type="checkbox"/>骨伤科 <input type="checkbox"/>其他</p> |
| <p>县级卫生、中医药行政部门初审意见</p>      | <p style="text-align: right;">印章<br/>年 月 日</p>  |
| <p>地、设区的市级卫生、中医药行政部门审核意见</p> | <p style="text-align: right;">印章<br/>年 月 日</p>  |

注：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. 相片一律用近期二寸免冠正面半身照。

4. 学习简历应从小学写起。

5. A4 纸打印

## 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\_\_\_\_\_单位从事中医\_\_\_\_\_科临床实践, 特此证明。

负责人 (签字)

单位 (盖章):

年 月 日

# 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<br>所在单位   |  | 证明人电话  | 单位：<br>手机： |
| 证明人《医师资格证书》编号：  |  |        |            |
| 被<br>证<br>明<br>人<br>技<br>术<br>专<br>长<br>评<br>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《医师执业证书》复印件（A4 纸复印）

附件6、

### 2015年北京市传统医学确有专长资格考试报名汇总表

区县卫生局(盖章):

联系人:

电话:

| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 机构名称 | 报考专业 | 电话 | 手机 |
|----|----|----|----|------|------|------|----|----|
| 1  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 2  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 3  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 4  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 5  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 6  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 7  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 8  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 9  |    |    |    |      |      |      |    |    |
| 10 |    |    |    |      |      |      |    |    |

备注:1、本表由各区县卫生局填报加盖公章(可制成横向往表)

2、报考专业:中医内科、外科、妇科、儿科、针灸、推拿、骨伤。