苏中医医政函〔2018〕37号

关于推荐中医医术确有专长人员医师资格考核专家的通知

各设区市及昆山、泰兴和沭阳县（市）卫生计生委，省管有关医院：

为做好全省中医医术确有专长人员医师资格考核工作，根据《江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则》（苏卫规（中医医政）〔2018〕5号），决定建立全省中医医术确有专长人员医师资格考核专家库，现将有关事项通知如下。

一、推荐范围

全省各级各类医疗机构（以二级以上医疗机构为主）。

二、推荐条件

省中医医术确有专长人员医师资格考核专家应当同时符合下列条件：

（一）中医类别执业医师或者中药师；

（二）具有丰富的中医临床（中药学）经验和技术专长，具备副主任中医（药）师以上专业技术职务任职资格或者从事中医临床（中药学）工作15年以上具有师承或者医术确有专长渊源背景人员；

（三）遵纪守法，恪守职业道德，公平公正，原则性强，工作认真负责。

（四）未曾参与对传统医学师承、中医医术确有专长人员等有关培训活动。

（五）未曾作为传统医学师承、中医医术确有专长人员指导老师或推荐医师。

（六）身体健康，能胜任考核工作。

担任过国家医师资格考试实践技能考官者优先。

三、有关要求

（一）请各地各单位高度重视中医医术确有专长人员医师资格考核专家的推荐工作，请各设区市卫生计生委负责组织本地区中医医术确有专长人员医师资格考核专家推荐及报送工作。

（二）请医疗机构按照推荐条件组织并确定主要执业地点为本单位的专家人选（名额不限），并如实填写《江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核专家基本情况表》（附件1），加盖单位公章后，逐级报送所在设区市卫生计生委汇总。原则上三级医疗机构符合条件的中医（药）师均应主动报名。

（三）请各设区市卫生计生委对各医疗机构推荐的专家有关情况进行审核把关，形成本地区推荐专家名单，并于12月12日前将本地区《中医医术确有专长人员医师资格考核专家推荐汇总表》（加盖单位公章）（附件2）和相应《江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核专家基本情况表》纸质版和电子版统一报至省医学考试中心，省管医疗机构直接报送。

省医学考试中心联系人：李纪文。

电 话：83620863、83620843（传真），邮箱：jsykb@163.com

附件：1.江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核专家基本情况表

2. 中医医术确有专长人员医师资格考核专家推荐汇总表

江苏省中医药管理局

2018年11月30日

附件1

江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  | 工作年限 | |  | |
| 现技术职称及任职年限 |  | 专业方向（职称证书上专业） | |  | |
| 所在科室 |  | 行政职务 | |  | |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 | |  | |
| 医师资格证书编码 |  | 医师执业证书  编码 | |  | |
| 专家类别 | □中医临床 □中药学 | | | | |
| 专业技术特长（请按照填表说明填写） |  | | | | |
| 参加何种中医药类学术组织、担任何种职务 |  | | | | |
| 专家承诺及签名 | 本人未曾参与对传统医学师承、中医医术确有专长人员等有关培训活动，且未曾作为传统医学师承、中医医术确有专长人员指导老师或推荐医师。  医（药）师签字：  年 月 日 | | | | |
| 单位推荐  意见 | 单位意见：  单位负责人（签字）： 单位盖章：  年 月 日 | | | | |

填表说明

1、专业方向（职称证书上专业）：按专业技术职称证书上的专业填写，如职称证书上未注明的，不填。

2、专业技术特长：中药师专家根据自身情况，填写所擅长的中药学领域；中医临床专家的专业技术特长按照“擅长的外治技术类别+擅长诊治的中医病症模式”填写。

（1）其中“擅长的外治技术类别”，请根据自身实际情况，按照附件3《中医医疗技术目录》，在内服方药、针刺类技术、灸类技术、刮痧类技术、拔罐类技术、中医微创类技术、推拿类技术、敷熨熏浴类技术、骨伤类技术、肛肠类技术、其他类技术（需要填写具体技术名称）中选择一类或者多类技术进行填写。

（2）其中“擅长诊治的中医病症”：请根据自身实际情况，按照附件4《中医疾病分类与代码》，填写病系或具体病名。

例如：

1、X医师，为脾胃病科医师，擅长脾胃病系所有疾病，平时使用内服方药为主，则填写：内服方药类技术+脾胃病系类。

2、Y医师，为肛肠科医师，擅长内服中药以及外治技术手法治疗肛肠类疾病，则填写：内服方药类技术、肛肠类技术+肛肠病类 。

附件2

中医医术确有专长人员医师资格考核专家推荐汇总表

市卫生计生委（盖章） 填表人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医疗机构  名称 | 专家  姓名 | 性别 | 所在科室 | 行政职务 | 专家类别（中医临床/中药学） | 专业特长 | 技术职称 | 职称证书上专业 | 现技术职称任职年限 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |