附件1

江苏省传统医学师承出师考核申请表（2024年）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报人基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 | |  | | 民 族 | | |  | | | （照片） |
| 出 生  年 月 |  | | | | 籍 贯 | |  | | 学 历 | | |  | | |
| 学 位 |  | | | | 身份证号码 | | | |  | | | | | |
| 现单位名称 | | |  | | | | | | 主要从事职业 | | |  | | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | 报名所在设区市 | | |  | | | |
| **学习经历** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | | 学 校 | | | | | | 专 业 | | | | | 肄  毕 业  结 |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  |
| **工作经历** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | | 单 位 | | | | | | | | | | | 职 位 |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  |
| **指导老师基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | | | | 性 别 | | | | |  | | |
| 学 历 | |  | | | | | | 身份证号 | | | | |  | | |
| 职 称 | |  | | | | | | 职称证书  专业 | | | | |  | | |
| 主要执业机构 | |  | | | | | | 所在科室 | | | | |  | | |
| 多点执业机构 | |  | | | | | | 工作年限 | | | | |  | | |
| 医师资格证书编号 | |  | | | | | | 医师执业证书编号 | | | | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | 通讯地址 | | | | |  | | |
| **从事专业工作经历** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 单位 | | | | | | 科室 | | | | | 职务/职称 | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| 指导老师  主要学术思想、临床经验和学术专长 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **跟师学习情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合同公证时间 | | | | | | 年 月 日 | | | | | 公证合同的跟师  学习时间 | | | 年 月 日 至  年 月 日 | |
| 合同备案卫健委名称 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 跟师学习医疗机构名称 | | | | | |  | | | | | 跟师学习科室 | | |  | |
| 跟师学习医疗机构地址 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 跟师学习的学时数 | | | | | | 第一年： 天 | | | | | 第二年： 天 | | | 第三年： 天 | |
| 首次参加全省  出师考核时间 | | | | | | 年度 | | | | | 上一年度临床实践技能考核情况 | | |  | |
| 申请人  承诺签名 | | 本人承诺申报材料所填报信息真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。  申请人： （签名并按手印）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 指导老师  意见 | | （应包含跟师时长、掌握指导老师主要学术思想和临床经验情况、以及能否出师情况）：  指导老师： （签名并按手印）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 核准指导老师执业的卫生健康/中医药行政部门初审  意见 | | 初审意见：  审核人签名：  印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 设区市卫生健康/中医药行政部门初审  意见 | | 初审意见：  审核人签名：  印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 省级中医药管理部门审核  意见 | | 审核意见：  审核人签名：  印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

填表说明

1、以上表格内容应在江苏省传统医学师承人员出师考核报名系统中填写完整后，用A4纸正反面打印。其中指导老师出师意见及签名、申请人签名应当钢笔或签字笔手写，并按手印，字迹应当工整、清晰、可辨认。

2、第一页照片处请贴近期一寸免冠正面白色背景证件照片。另附2张照片随纸质材料进行现场确认报名。

3、“学习经历”应从小学填起。

4、工作单位：应如实填写工作经历，没有工作单位者，填“无”。

5、通讯地址、跟师学习医疗机构地址等应具体到xx市xx县（市、区）xx乡镇（街道）xx村（社区）xx号牌。

6、身份证号码：有效身份证件（须在报考有效期内）包括第二代居民身份证、临时身份证；港澳台居民居住证或港、澳、台居民身份证。

7、指导老师“从事专业工作经历”应填写指导老师从事中医药具体专业工作经历。

8、“首次参加全省出师考核时间”是指经省级审核合格发放准考证，并参加省级组织的出师考核年度。“上一年度临床实践技能考核情况”是指已参加上一年度出师考核临床实践技能考核成绩情况（合格人员名单见本年度报名通知）。今年首次参加出师考核报名人员“首次参加全省出师考核时间”填写本年度、“上一年度临床实践技能考核情况”填“无”。

9、 跟师学习的学时数：一天跟师时间达8个小时的方可折算为一天，4个小时应折算为0.5天。