附件13-1

贵州省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

（师承学习人员）

填报单位（盖章）： 联系人： 联系方式：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **申报人信息** | **指导老师** | **推荐医师信息** |
| **报 名****序 号** | **姓 名** | **性别** | **专 长** | **身份证号码** | **联系方式** | **姓名** | **身份证号码** | **姓 名** | **职称或****工作时间** | **第一执业****单位及科室** | **身份证号码** |
| **中医药****技术方法** | **治疗病证范围** |
| 1 | 1 | XXX | X | 内服方药 | XX |  |  |  |  | XX | 副主任医师 | XX |  |
| XX | XXXX.XX | XX |  |
| 2 | 2 | XXX | X | 外治技术（XX技术） | XX、XX |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 | 3 | XXX | X | 内服方药/外治技术（XX技术、XX技术） | XX、XX |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.中医药技术方法请按照中医医疗技术目录（附件11）填写规范名称。具体填写格式为：内服方药、外治技术（技术名称），或者两者组合（内服方药/外治技术（一种技术名称、另一种技术名称）。

2.中医药技术方法为少数民族医的，请在具体中医药技术方法后备注。

 3.治疗病症范围请按照中医疾病名称与分类代码表（附件10）填写一个类别科目或同一个类别科目下不超过3个病证规范名称。

附件13-2

贵州省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

（多年实践人员）

填报单位（盖章）： 联系人： 联系方式：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **申报人信息** | **推荐医师信息** |
| **报 名****序 号** | **姓 名** | **性别** | **专 长** | **身份证号码** | **联系方式** | **姓 名** | **职称或****工作时间** | **第一执业****单位及科室** | **身份证号码** |
| **中医药****技术方法** | **治疗病证范围** |
| 1 | 1 | XXX | X | 内服方药 | XX |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 | 2 | XXX | X | 外治技术（XX技术） | XX、XX |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 | 3 | XXX | X | 内服方药/外治技术（XX技术、XX技术） | XX、XX |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.中医药技术方法请按照中医医疗技术目录（附件11）填写规范名称。具体填写格式为：内服方药、外治技术（技术名称），或者两者组合（内服方药/外治技术（一种技术名称、另一种技术名称））。

2.中医药技术方法为少数民族医的，请在具体中医药技术方法后备注。

3.治疗病症范围请按照中医疾病名称与分类代码表（附件10）填写一个类别科目或同一个类别科目下不超过3个病证规范名称。