附件8

中医医师指导医术实践活动情况表

（适用于多年实践人员所从事中医医术实践活动在2017年7月1日后的部分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指导医师基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 主要执业机构 |  | 所在科室 |  |
| 申报人基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 申报的医术专长 |  |
| 指导中医医术实践活动的机构名称 |  |
| 指导中医医术实践活动的地址 | 市 县(市/区) 镇(街道) 村(路) 号 |
| 指导中医医术实践活动的时间 |  年 月至 年 月 |
| 指导医师意见 | （介绍申报人的临床实践职业道德情况，中医基础理论、基本技能掌握程度，申报专长特点、安全性、疗效等） |
| 指导医师承诺 | 本人已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》《贵州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》《贵州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补充规定》对指导医师的要求，本人符合指导医师条件。本人承诺，以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。同时，承诺配合审核部门的调查核实工作。指导医师签名并按手印：　年　月　日 |

说明：多年实践人员所从事的中医医术实践活动在《中医药法》实施（即2017年7月1日）之后的，由指导医师（可同时作为推荐医师）填写本表。