

湖北省中医药管理局文件

鄂中医通〔2023〕8号

湖北省中医药管理局关于开展 2023 年度 湖北省中医医术确有专长人员医师 资格考核报名工作的通知

各市、州、县卫生健康委（局），委人才交流中心：

根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法（国家卫生计生委令第15号）》《湖北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（试行）》（鄂卫生计生规〔2018〕3号）有关要求，现将我省2023年度中医医术确有专长人员医师资格考核报名事项通知如下：

一、报名条件

以师承方式学习中医或者经多年实践，医术确有专长，具

有完全民事行为能力的人员，可以申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核。

（一）以师承方式学习中医的，申请参加医师资格考核应当同时具备下列条件：

1. 在本省医疗卫生机构连续跟师学习中医满五年（截至2023年6月30日，自公证之日起计算），对某些病证的诊疗，方法独特、技术安全、疗效明显，经指导老师评议合格；

2. 由至少两名中医类别执业医师推荐，推荐医师不包括其指导老师。

（二）经多年中医医术实践的，申请参加医师资格考核应当同时具备下列条件：

1. 具有医术渊源，在中医医师指导下在本省医疗卫生机构从事中医医术实践活动满五年（截至2023年6月30日）或者在《中华人民共和国中医药法》施行前（2017年7月1日）已经在本省从事中医医术实践活动满五年的人员；

2. 对某些病证的诊疗，方法独特、技术安全、疗效明显，并得到患者的认可；

3. 由至少两名中医类别执业医师推荐。

二、指导老师、推荐医师条件及要求

（一）指导老师

以师承方式学习中医的，其指导老师应当具有中医类别医师资格，执业注册在湖北省内，从事中医临床工作满15年以上

或者具有中医类副主任医师以上专业技术职务任职资格。指导老师同时带徒不超过4名。

（二）推荐医师

推荐医师应当具备中医类别执业医师资格；主要执业机构在被推荐者长期中医医术实践所在市州内；从事中医临床工作满10年或具备副主任医师以上专业技术职务任职资格；与被推荐者专业相近或相关。每年推荐不超过2名。

三、报名时间

（一）网上报名时间：2023年7月12日-8月15日。申请者登录湖北卫生人才网(<https://www.hbwsr.cn/>)，进入业务登陆入口注册报名（已注册人员无需再注册），指导老师和推荐老师在线评价推荐。网上报名时间截止后，不再受理报名申请。

（二）县（市、区）现场审核确认、县级初审及公示时间：2023年8月16日-8月31日（具体安排由各县（市、区）中医药主管部门确定）。申请者持《中医医术确有专长人员医师资格考核网上报名成功通知单》及相关材料到长期临床实践地（师承人员到师承指导老师主要执业机构）所在县级中医药主管部门进行现场报名资格初审和报名信息确认，两名推荐医师需携带相关证件、资质证书和申请者同时到现场进行身份验证，确认推荐信息的真实性，申请者和两名推荐医师不能同时到现场确认的不予受理。现场不受理报名申请，不受理跨报名点审核。

各县（市、区）级中医药主管部门负责对本行政区域内申

请者提交的申报材料的真实性、完整性、一致性及中医临床实践活动中是否存在安全（不良）事件进行审核，并打印《中医医术确有专长人员医师资格考核申请表》，申请者和两名推荐医师现场确认签字。对申报材料不实不全的，或中医医术实践活动中存在安全（不良）事件的，不予受理。将初审合格人员、指导老师和推荐医师信息公示不少于5个工作日，公示无异议的，汇总《中医医术确有专长人员(师承学习人员)医师资格考核申请表》《中医医术确有专长人员(多年实践人员)医师资格考核申请表》《湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核审核通过人员信息汇总表》报送市（州）中医药主管部门。

（三）市级复审（2023年9月1日-2023年9月15日）。各市（州）中医药主管部门对申报材料的完整性、规范性、真实性等复审，将复审合格人员的《中医医术确有专长人员（师承学习人员）医师资格考核申请表》《中医医术确有专长人员（多年实践人员）医师资格考核申请表》《湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核审核通过人员信息汇总表》汇总报省中医药管理局。

（四）省级审核时间（2023年9月下旬）。省中医药管理局对报名材料进行审核确认，对符合考核条件的申请人、指导老师和推荐医师信息进行公示，公示时间不少于五个工作日。

（五）简易程序。适用于往届已通过报名审核的申请者。申请者的基本信息已链接到报名系统中，申请人核对无误后按

要求提交其他相关材料。

四、考核方式、内容、程序

考核方式：按照《实施细则》有关规定和要求执行。

（一）内服方药类（30分钟）：考核内容包括医术渊源或者传承脉络、医术内容及特点；与擅长治疗的病证范围相关的中医基础知识、中医诊断技能、中医治疗方法、中药基本知识和用药安全等。考核程序分为医术专长陈述、现场问答、诊法技能操作和现场辨识相关中药等。

（二）外治技术类（30分钟）：考核内容包括医术渊源或者传承脉络、外治技术内容及特点；与其使用的外治技术相关的中医基础知识、擅长治疗的病证诊断要点、外治技术操作要点、技术应用规范及安全风险防控方法或者措施等。考核程序分为医术专长陈述、现场问答、外治技术操作等，使用外用药物的现场辨识相关中药。

（三）以内服方药为主、配合使用外治技术类（30分钟），或者外治技术为主、配合使用中药类（30分钟），增加相关考核内容。

考核时间和地点：2023年第四季度，具体考核时间和地点以准考证为准。

五、申请考核须提交的材料

（一）以师承方式学习中医的，应当提交以下材料：

1. 《中医医术确有专长人员医师资格考核网上报名成功通

知单》;

2. 《中医医术确有专长人员（师承学习人员）医师资格考核申请表》;

3. 本人有效身份证明;

4. 中医医术专长综述及相关佐证材料;

5. 经县级以上公证机构公证的跟师学习合同书（跟师时间自公证之日起计算）;

6. 跟师学习证明材料

（1）从跟师学习合同公证之日起连续跟师学习中医满五年的证明材料（每年的跟师学习笔记、临床实践记录等）;

（2）继续跟师学习中医满两年的证明材料（每年的跟师学习笔记、临床实践记录等）（已取得本省《传统医学师承出师证书》的人员提交）;

7. 指导老师出具的跟师学习情况书面评价意见、出师结论;

8. 指导老师的有效身份证明、《医师资格证书》、《医师执业证书》; 中医类别副主任医师及以上专业技术职务任职资格证书, 或者从事中医临床工作十五年以上证明（由所在医疗机构出具）;

9. 推荐医师的推荐材料;

10. 推荐医师的有效身份证明、《医师资格证书》、《医师执业证书》; 中医类别副主任医师及以上专业技术职务任职资格证书, 或者从事中医临床工作十年以上证明（由所在医疗机构出具）;

11. 回顾性中医医术实践资料 5 例；

12. 在本省取得的《传统医学师承出师证书》（如有）。

现场审核确认需携带第 1 项纸质版和第 3-6、8、10、12（如有）项原件。

（二）多年中医医术实践人员，应当提交以下材料：

1. 《中医医术确有专长人员医师资格考核网上报名成功通知单》；

2. 《中医医术确有专长人员（多年实践人员）医师资格考核申请表》；

3. 本人有效身份证明；

4. 中医医术专长综述及相关佐证材料；

5. 医术渊源的相关证明材料；

6. 长期临床实践所在地县级以上中医药主管部门或者所在居委会、村委会出具的从事中医医术实践活动满五年证明，或者至少 10 名患者的推荐证明；

7. 推荐医师的推荐材料；

8. 推荐医师的有效身份证明、《医师资格证书》、《医师执业证书》；中医类别副主任医师及以上专业技术职务任职资格证明，或者从事中医临床工作十年以上证明（由所在医疗机构出具）；

9. 回顾性中医医术实践资料 5 例

10. 在本省取得的《乡村医生执业证书》（如有）

11. 在本省取得的《传统医学医术确有专长证书》（如有）

现场审核确认需携带第 1 项纸质版和第 3-6、8、10（如有）、11（如有）项原件。

具有我省《乡村医生执业证书》的中医药一技之长人员，须提交 1-5,7-10 项；已取得本省《传统医学医术确有专长证书》的人员，须提交 1-5,7-9、11 项。

六、有关要求

（一）各市州要切实加强报名工作的研究部署，进一步细化工作措施，稳妥推进报名工作，要做好政策宣传及解读，确保符合报名条件的人员知晓本次考核报名有关事项。

（二）各市州要严格审核把关，加强审核工作培训，确保审核人员能够全面掌握报名条件、审核要点等内容，按照《实施细则》有关要求认真审核，签署具体审核意见，并对审核意见负责。

（三）经核实指导老师和推荐老师提供相关情况或资料不实者，省中医药管理局将向有关部门及其所在单位通报，不得再作为指导老师和推荐医师。

联系人：省卫生健康委中医医政处 邬姗 惠晨阳

省卫生健康委人才交流中心 张媛

联系电话：027—87824786

027—87238725（网络技术咨询）

电子邮箱：hbzyyglj@163.com

- 附件：1. 中医医术确有专长人员医师资格考核网上报名成功通知单
2. 中医医术确有专长人员（师承学习人员）医师资格考核申请表（样表）
3. 中医医术确有专长人员（多年实践人员）医师资格考核申请表（样表）
4. 继续跟师学习证明
5. 指导老师从事中医临床工作满 15 年证明
6. 推荐医师从事中医临床工作满 10 年证明
7. 多年实践人员从事中医医术实践活动满五年证明
8. 患者推荐证明
9. 回顾性中医医术实践资料
10. 湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核审核通过人员信息汇总表



（政务公开形式：依申请公开）

附件 1

中医医术确有专长人员医师资格考核 网上报名成功通知单

序列号：

区县：

姓 名		性 别		照 片
身份证号		出生年月		
健康状况		现 从 事 主要职业		
联系电话 (考生自行填写)				

报名已成功，请携带报名成功通知单及相关材料在规定时间内到县（市、区）卫健局进行资格审核。



附件 2

中医医术确有专长人员（师承学习人员） 医师资格考核申请表（样表）

姓 名		性 别		照 片
出生年月		民 族		
文化程度		政治面貌		
健康状况		现从事主要职业		
工作单位				
家庭地址				
通讯地址				
邮 编		联系电话		
户籍所在地		身份证号码		
跟师学习地点		跟师学习时间	年 月 至 年 月	
医术专长			近五年 服务人数	
文化 学习 经历				

跟师学习 医术及实践 经历	
医术 专长 综述	包括医术的基本内容及特点描述、适应症或适用范围、安全性、有效性、医术潜在的风险性及防范措施的说明等。
本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。 本人签字：_____ 日 期： 年 月 日	

推荐材料一

推荐 医师 基本 情况	姓名		性别		民族	
	工作单位		职称			
	专业		联系电话			
	身份证号码		医师执业证 书编码			
	医师资格证书 编码					

本人承诺：

一、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》和《湖北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（试行）》对推荐医师的要求。

二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。

三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。

四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。

五、愿意配合审核部门的调查核实工作。

推荐意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

推荐医师签字：

年 月 日

推荐材料二

推荐 医师 基本 情况	姓名		性别		民族	
	工作单位		职称			
	专业		联系电话			
	身份证号码		医师执业证书 编码			
	医师资格证书 编码					

本人承诺：

一、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》和《湖北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（试行）》对推荐医师的要求。

二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。

三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。

四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。

五、愿意配合审核部门的调查核实工作。

推荐意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

推荐医师签字：

年 月 日

附件 3

中医医术确有专长人员（多年实践人员） 医师资格考核申请表（样表）

姓 名		性 别		照 片
出生年月		民 族		
文化程度		政治面貌		
健康状况		现从事主要职业		
工作单位				
家庭地址				
通讯地址				
邮 编		联系电话		
户籍所在地		身份证号码		
医术实践地点		医术实践时间	年 月至 年 月	
医术专长			近五年 服务人数	
学习途径				
学习 经历				

医 术 渊 源	包括中医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。
医 术 实 践 经 历	
医 术 专 长 综 述	包括医术的基本内容及特点描述、适应症或适用范围、安全性、有效性、医术潜在的风险性及防范措施的说明等。
本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。 本人签字：_____ 日 期： 年 月 日	

推荐材料 一

推荐 医师 基 本 情 况	姓名		性别		民族	
	工作单位		职称			
	专业		联系电话			
	身份证号码		医师执业证 书编码			
	医师资格证书 编码					

本人承诺：

一、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》和《湖北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（试行）》对推荐医师的要求。

二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。

三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。

四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。

五、愿意配合审核部门的调查核实工作。

推荐意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

推荐医师签字：

年 月 日

推荐材料 二

推荐 医师 基 本 情 况	姓名		性别		民族	
	工作单位		职称			
	专业		联系电话			
	身份证号码		医师执业证 书编码			
	医师资格证书 编码					

本人承诺：

一、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》和《湖北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（试行）》对推荐医师的要求。

二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。

三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。

四、了解被推荐者从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。

五、愿意配合审核部门的调查核实工作。

推荐意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

推荐医师签字：

年 月 日

附件 4

继续跟师学习证明

申请人于××年××月与指导老师_____签订跟师学习合同并公证，至××年××月跟师三年期满。

并于××年××月至××年××月继续跟随指导老师学习满两年。

特此证明。

指导老师(签字)：

____年____月____日

附件 5

**指导老师从事中医临床工作
满 15 年证明**

兹有医师_____（身份证号码：_____），自
_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
在_____（医疗机构）_____（科室）
从事中医_____（专业）临床工作，已满_____年。
特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日

推荐医师从事中医临床工作 满 10 年证明

兹有医师_____（身份证号码：_____），自
_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
在_____（医疗机构）_____（科室）
从事中医_____（专业）临床工作，已满_____年。
特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日

附件 7

多年实践人员从事中医医术实践活动
满五年证明

(供村(居)委会或县级中医药主管部门用)

兹证明:

姓名		身份证号	
从事中医医术实践 活动机构名称			
从事中医医术实践 活动地址	市 县(区/市) 镇(街道) 村(路) 号		
从事中医医术实践 活动时间	年 月至 年 月(共计 年 月)		

单位名称(盖章):

年 月 日

附件 8

患者推荐证明

被推荐者:

推荐患者 姓名		性别		身份 证号		现联系 电话	
通讯地址							
推荐患者 就诊情况	就诊时间	年 月 日			就诊时年龄		
	就诊机构名称						
	就诊地点						
	所患疾病 (或就诊原因)						
推荐理由	简要介绍诊疗过程、治疗效果等。						
承诺意见: 本人自愿推荐 参加 年度湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核。本表填报的信息全部真实准确,如有虚假并造成不良后果,本人愿意承担一切后果。同时承诺本人与被推荐者不存在近亲属或利害关系,并配合审核部门的调查核实工作。 推荐人签名并按手印: 年 月 日							

注:该证明用于申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核,请如实填写。

附件 9

回顾性中医医术实践（病案）资料

患者姓名		患者性别	
患者年龄		患者电话	
患者住址			
主诉:			
病史:			
辨证分析（病因、病机、证型）:			
诊断:			
治法和处方:			
病例分析及效果总结:			

提示:

1. 此表由申请人自行填写，填写信息应真实、有效，患者联系电话应保持畅通、可供追溯，以便中医药管理部门核查。
2. 主诉、病史、辨证分析、治法和处方应根据患者就诊情况进行描述。

湖北省中医医术确有专长人员医师资格考核人员信息汇总表

市（州）/县（区、市）（盖章）：

联系人：

联系电话：

序号	市州	县（区）	姓名	性别	身份证号	联系电话	申报的中医医术专长		指导老师 (师承学习人员填写)		推荐医师 1 信息		推荐医师 2 信息	
							中医药技术 方法	治疗的疾病 名称	姓名	主要执业 机构	姓名	主要执业 机构	姓名	主要执业 机构
1														
2														
3														
4														
5														
6														

