

# 东莞市卫生健康局办公室

---

东卫办函〔2023〕1号

## 东莞市卫生健康局办公室转发省中医药局关于开展传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试工作的通知

各镇街卫生健康局、松山湖宣传与社会工作局，各医院、社区卫生服务中心，局直属各单位：

现将省中医药局《关于开展2023年传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试工作的通知》（粤中医办函〔2022〕88号，以下简称《通知》）转发给你们，结合我市实际情况，提出以下意见，请一并认真贯彻执行。

### 一、组织实施

根据省中医药局统一安排和部署，我局负责本市2023年传统医学师承和确有专长人员医师资格考核工作的组织实施。

### 二、加强宣传

请各单位高度重视本项工作，在单位（辖区）内做好宣传告知，及时把《通知》精神和内容传达给传统医学师承和确有专长

---

人员，并做好《通知》解释工作。各镇街卫生健康局、松山湖宣传与社会工作局尤其要加强辖区内行政社区（村）或基层医疗卫生机构宣传告知与解释工作。

### 三、考核时间

#### （一）出师考核

临床实践技能考核：2023年6月27日

综合笔试考核：2023年7月12日

#### （二）确有专长考核

临床实际本领考核：2023年5月13日

综合笔试考核：2023年6月10日

### 四、申请条件和要求

申请参加出师考核人员及确有专长考核的人员，需按照《关于印发<广东省卫生健康委员会 广东省中医药局关于传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试实施办法>的通知》（粤中医规〔2020〕1号，以下简称《实施办法》）要求。

#### （一）报名时间及初审

报名时间：2023年1月17日-2023年3月10日。市属公立医院及直属部门负责本单位报名人员材料的初审工作，东华、康华医院负责本单位初审工作，民营医院单位及其他申请考核人员到所属管辖镇街卫生健康局报送材料，逾期不再受理。

#### （二）提交材料

按照《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》

(卫生部令第 52 号)和《实施办法》第二十九条的有关规定执行。师承人员跟师学习笔记、临床实践记录等连续跟师学习中医满三年的原始材料，须交跟师临床实践医疗机构核对。跟师临床实践医疗机构与指导老师第一执业地点医疗机构不一致，属多点执业带教的，须由指导老师第一执业地点医疗机构核对多点执业的时间，并按照《广东省卫生计生委广东省中医药局关于医师多点执业的管理办法》(粤卫〔2016〕86号)第十一条的规定，签订聘用(劳动)合同、劳务协议等，作为计算指导老师指导师承人员跟师临床实践的依据之一。

### 1.传统医学师承出师考核(一式三份)

- (1) 传统医学师承出师考核申请表(附件1);
- (2) 本人身份证明复印件(初审单位现场受理人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章);
- (3) 近期一寸免冠正面白底彩色照片3张(照片背面需正楷写明本人姓名和所在地市);
- (4) 学历或学力证明复印件(初审单位现场受理人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章);
- (5) 指导老师医师资格证书、医师执业证书、专业技术职务任职资格证书复印件(由核查人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章)，对于不具有中医或者民族医副主任医师以上专业技术职务任职资格的指导老师，可由核准其执业的卫生健康、中医药管理部门出具的从事中医、民族医临床工作15年以上证明;

- (6) 经公证的《传统医学师承关系合同书》复印件（由核查人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章）；
- (7) 跟师临床实践情况表（附件 2）；
- (8) 跟师学习笔记（记录）等。

上述材料中 1-7 按顺序装订成册，一式三份，镇街、市级卫生健康中医药管理部门各存留一份，另一份报广州中医药大学职业技术学院。跟师学习笔记（记录）等存留在核准指导老师执业的镇街卫生健康中医药管理部门备查。所有申报人材料按照《东莞市传统医学师承考核和确有专长考核初审合格人员名单表》（附件 7）序号用铅笔在首页右上角空白处编码。

## 2. 确有专长考核

- (1) 传统医学师承确有专长考核申请表（附件 3）；
- (2) 传统医学确有专长人员诊疗技术证明资料表（附件 4）；
- (3) 本人身份证明复印件（初审单位现场受理人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章）；
- (4) 近期一寸免冠正面白底彩色照片 3 张（照片用双面胶贴在身份证复印件页，分别用于临床实际本领考核准考证、综合理论测试准考证和《传统医学医术确有专长证书》的制作）；
- (5) 申请人所在地居（村）委会或由医疗机构出具，经各镇街（园区）卫生健康局审核的证明其技术实践年限的材料（附件 5）；
- (6) 两名以上中医执业医师出具的证明其掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术的材料（附件 6）及中医执业医师资格

证书和医师执业证书复印件（初审单位现场受理人员验证原件，加盖与原件相符公章）。

上述材料按顺序装订成册，一式一份。临床实际本领考核成绩两年有效，通过 2022 年东莞市临床实际本领考核的人员需提交上述材料（1）（3）（4）及临床实际本领考核成绩。所有申报人材料按照附件 7 序号用铅笔在首页右上角空白处编码。

### （三）报送要求

初审负责单位负责装订整理好本单位（辖区）初审合格人员材料并登记填写《东莞市传统医学师承考核和确有专长考核初审合格人员名单表》（附件 7），于 2023 年 3 月 20 日前将本单位（辖区）初审合格人员材料及附件 7 纸质版（加盖公章）和电子版报送至东莞市卫生健康继续教育中心继续教育部，邮箱：dgsjjzxjxjyb@163.com。

## 五、复审

东莞市卫生健康局委托东莞市卫生健康继续教育中心（以下简称继教中心）完成本次考核复审和考务工作。继教中心于 2023 年 3 月 20 日至 2023 年 4 月 15 日对各初审负责单位报送的报名材料进行复审，并将复审通过合格人员、指导老师和推荐医师信息在东莞市卫生健康局官网向社会公示，公示时间为 5 个工作日。公示期间对公示结果未反馈视为无异议。

## 六、其他事项

（一）各单位要把握重点环节，对材料的真实性严格逐一进

行核实。

(二) 为使传统医学确有专长考核与中医医术确有专长医师资格考核有关内容衔接，在填报《传统医学医术确有专长考核申请表》和《传统医学确有专长人员诊疗技术证明资料表》内的“确有专长诊疗技术名称”时，可以参考“中医医疗技术目录”(附件8)。

(三) 考核命题组卷按照《国家中医药管理局关于印发<传统医学出师考核和确有专长考核实施方案（试行）>和<传统医学出师考核和确有专长考核大纲（试行）>的通知（国中医药发〔2007〕47号）的有关要求执行；出师考核地点初步安排在广州中医药大学，具体地点以准考证为准。

(四) 请各镇街（园区）卫生健康局及市属公立医院、市直属部门于2023年3月5日前将本单位负责2023年传统医学师承和确有专长考核工作的联系人名单（附件9）电子版发送至继教中心邮箱：dgsjjzxjxjyb@163.com。

联系人：张琳、汤耀光；联系电话：23289783。

- 附件：1.传统医学师承出师考核申请表  
2.跟师临床实践情况表  
3.传统医学医术确有专长考核申请表  
4.传统医学确有专长人员诊疗技术证明资料表  
5.传统医学确有专长人员诊疗技术年限证明  
6.掌握传统医学诊疗技术证明材料

7.东莞市传统医学师承考核和确有专长考核初审合格  
人员名单表

8.中医医疗技术目录

9.2023 年传统医学师承和确有专长考核工作的联系人  
名单



# 广东省中医药局

---

粤中医办函〔2022〕88号

## 关于开展2023年传统医学师承和确有专长人员 医师资格考核考试工作的通知

各地级以上市卫生健康局（委）、广州中医药大学、省属中医医疗机构：

根据《关于印发〈广东省卫生健康委员会 广东省中医药局关于传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试实施办法〉的通知》（粤中医规〔2020〕1号，下称《实施办法》）精神，我省2023年将继续开展传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试工作，有关考核工作通知如下：

### 一、考核时间

#### （一）出师考核。

临床实践技能考核：2023年6月27日。

综合笔试考核：2023年7月12日。

#### （二）确有专长考核。

临床实际本领考核：2023年5月13日。

综合笔试考核：2023年6月10日。

如出现因疫情防控影响等突发情况，延期考核时间另行通知。

### 二、报名条件

申请参加出师考核的人员，应符合《实施办法》第六条、第七条、第八条、第九条、第十条、第十一条的要求。

申请参加确有专长考核的人员，应符合《实施办法》第十八条的要求。

### 三、申报材料要求

按照《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（卫生部令第 52 号）和《实施办法》第二十九条的有关规定执行。师承人员跟师学习笔记、临床实践记录等连续跟师学习中医满三年的原始材料，须交跟师临床实践医疗机构核对。跟师临床实践医疗机构与指导老师第一执业地点医疗机构不一致，属多点执业带教的，须由指导老师第一执业地点医疗机构核对多点执业的时间，并按照《广东省卫生计生委 广东省中医药局关于医师多点执业的管理办法》（粤卫〔2016〕86 号）第十一条的规定，签订聘用（劳动）合同、劳务协议等，作为计算指导老师指导师承人员跟师临床实践的依据之一。

#### （一）申请出师考核应当提交的材料。

1. 传统医学师承出师考核申请表（附件 1）；
2. 本人身份证明复印件（现场受理人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章）；
3. 近期一寸免冠正面白底彩色照片 3 张（照片背面需正楷写明本人姓名和所在地市）；
4. 学历或学力证明复印件（现场受理人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章）；
5. 指导老师医师资格证书、医师执业证书、专业技术职务任职资格证书复印件（由核查人员验原件后在复印件上签名并加盖

审核单位印章），对于不具有中医或者民族医副主任医师以上专业技术职务任职资格的指导老师，可由核准其执业的卫生健康、中医药管理部门出具的从事中医、民族医临床工作 15 年以上证明；

6. 经公证的《传统医学师承关系合同书》复印件（由核查人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章）；
7. 跟师临床实践情况表（附件 2）；
8. 跟师学习笔记（记录）等。

上述材料中 1-7 按顺序装订成册，一式 3 份，县、市级卫生健康中医药管理部门各存留一份，另一份报广州中医药大学职业技术学院。跟师学习笔记（记录）等存留在核准指导老师执业的卫生健康中医药管理部门备查，考核工作结束后退回申报人。

## （二）申请确有专长考核应当提交的材料。

1. 传统医学医术确有专长考核申请表（附件 3）；
2. 本人身份证明复印件（现场受理人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章）；
3. 近期一寸免冠正面白底彩色照片 3 张；
4. 申请人所在地县级卫生健康行政部门出具的证明其从事传统医学临床实践年限的材料；
5. 两名以上执业医师出具的证明其掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术的材料（相关表格由各地根据实际情况制定）；
6. 地级以上市卫生健康中医药管理部门要求提供的其它材料。

申报材料份数等要求，由地级以上市卫生健康中医药管理部

门自行规定。

#### 四、现场报名及材料审核

**(一) 现场报名时间。**建议在 2023 年 3 月 10 日前完成，具体时间由各地级以上市卫生健康中医药管理部门确定。

**(二) 报名地点。**申请出师考核人员到核准指导老师执业的卫生健康中医药管理部门报名。根据《广东省人民政府关于将一批省级行政职权事项调整由各地级以上市实施的决定》(广东省人民政府令第 248 号)，省管权限内医疗机构设置审批和执业许可、省管权限医疗机构内医师执业证书核发等已委托地级以上市卫生行政部门实施，对于指导老师为省部属医疗机构的师承人员，统一到各地级以上市卫生健康中医药管理部门报名。申请确有专长考核人员到县级卫生健康中医药管理部门报名。具体报名地点由各地卫生健康中医药管理部门确定后公布。

**(三) 报名材料审核。**申请参加出师考核人员的申报材料，经核准指导老师执业的卫生健康中医药管理部门审核，报地级以上市卫生健康中医药管理部门汇总后，将符合报考条件的人员名单(附件 5)和纸质申报材料一份，于 2023 年 4 月 21 日前报送广州中医药大学职业技术学院，同时报送电子版(jxjyk@gzucm.edu.cn)，逾期不再受理。

申请参加确有专长考核人员的申报材料，由各地级以上市卫生健康中医药管理部门自行安排审核，于 2023 年 4 月 21 日前，根据地市本年度新报名审核通过考生人数，报送临床实际本领考核《试卷用量表》(详见附件 6)，在统计本年度和上一年度仅通过临床实际本领考核的人数后，再报送综合笔试的《试卷用量表》(详见附件 7)。

## 五、考核

### (一) 命题组卷。

命题组卷按照《国家中医药管理局关于印发<传统医学出师考核和确有专长考核实施方案(试行)>和<传统医学出师考核和确有专长考核大纲(试行)>的通知》(国中医药发〔2007〕47号)的有关要求执行。

### (二) 出师考核。

出师考核地点初步安排在广州中医药大学三元里校区，具体地点以准考证内容为准。

#### 1. 临床实践技能考核。

(1) 中医基本操作，4道题，40分，考核时间10分钟。

(2) 中医临床答辩(含中医经典有关内容)，6道题，60分，考核时间20分钟。

达到60分为合格，合格人员方有资格参加综合笔试。

#### 2. 综合笔试。

(1) 中医基础知识试题，150道题，笔试时间150分钟。

(2) 中医临床专业知识试题，150道题，笔试时间150分钟。

成绩达到180分为合格。

### (三) 确有专长考核。

确有专长的考核地点由地级以上市卫生健康中医药管理部门安排并通知考核人员，考核的具体组织实施由地级市卫生健康中医药管理部门负责。

#### 1. 临床实际本领考核。

(1) 中医基本操作，4道题，40分，考核时间10分钟。

(2) 中医临床答辩（结合本人专长），6道题，60分，考核时间20分钟。

达到60分为合格，合格人员方有资格参加综合笔试。

## 2. 综合笔试。

(1) 中医基础知识试题，150道题，笔试时间150分钟。

(2) 中医临床专业知识试题，150道题，笔试时间150分钟。

成绩达到180分为合格。

## 六、证书的制作和颁发

传统医学师承出师考核合格人员，省中医药局委托广州中医药大学职业技术学院制作并寄发《传统医学师承出师证书》。

确有专长考核合格人员，由各地级以上市卫生健康中医药管理部门填写、盖章考核合格人员名单信息汇总表（详见附件8），于2023年7月5日前报送广州中医药大学职业技术学院制作《传统医学确有专长证书》，由各地级以上市卫生健康中医药管理部门盖章颁发。

## 七、其他

1. 各地级以上市卫生健康局（委）报省中医药局（或广州中医药大学职业技术学院）的申报材料，一律不予退回。

2. 临床实践技能考核、临床实际本领考核合格成绩两年有效，综合笔试合格成绩当年有效。

3. 确有专长诊疗技术名称可从“中医医疗技术目录”（附件4）中选取。

4. 文件及附件表格可到省中医药局官网政务公开公告公示栏下载（<http://szyyj.gd.gov.cn/zwgk/gsgg/index.html>）。

- 附件：1. 传统医学师承出师考核申请表  
2. 跟师临床实践情况表  
3. 传统医学医术确有专长考核申请表  
4. 中医医疗技术目录  
5. 传统医学师承出师考核报名人员信息汇总表  
6. 广东省确有专长考核试卷用表(临床实际本领考  
核)  
7. 广东省确有专长考核试卷用表(综合笔试)  
8. 传统医学医术确有专长考核合格人员信息汇总表

联系人：省中医药局医政处，电话：020-83710967，  
83814580(传真)电子邮箱：szyyj-yzc@gd.gov.cn。  
广州中医药大学职业技术学院，陈珩，电话：020-  
36585519，电子邮箱：jxjyk@gzucm.edu.cn。



## 附件 1

### 传统医学师承出师考核申请表

|                  |          |         |        |         |         |    |
|------------------|----------|---------|--------|---------|---------|----|
| 姓名               |          | 性 别     |        | 民族      |         | 相片 |
| 出生年月             |          | 籍 贯     |        | 出生地 点   |         |    |
| 参加工作时间           |          | 现从事主要职业 |        |         |         |    |
| 学 历              |          | 学 位     |        | 身份证号码   |         |    |
| 单位名称             |          |         |        |         |         |    |
| 通讯地址及邮政编码        |          |         |        |         |         |    |
| 本人档案存放单位、地址及邮政编码 |          |         |        |         |         |    |
| 联系电话             |          | 传 真     |        | 电子邮 件地址 |         |    |
| 个人简历             |          |         |        |         |         |    |
| 起止年月             | 学习(工作)单位 |         |        |         | 肄业<br>结 |    |
|                  |          |         |        |         |         |    |
|                  |          |         |        |         |         |    |
|                  |          |         |        |         |         |    |
|                  |          |         |        |         |         |    |
|                  |          |         |        |         |         |    |
| 指导老师姓名           |          |         | 指导老师单位 |         |         |    |

|                                      |                  |              |  |
|--------------------------------------|------------------|--------------|--|
| 指导老师<br>职称                           |                  | 指导老师<br>工作年限 |  |
| 指导老师<br>联系电话                         |                  | 指导老师<br>通讯地址 |  |
| 指导老师主要<br>学术思想、临床<br>经验和学术专<br>长     |                  |              |  |
| 指导老师<br>意见                           | 签名:<br>年   月   日 |              |  |
| 核准指导老师<br>执业的卫生健<br>康中医药主管<br>部门初审意见 | 印章<br>年   月   日  |              |  |
| 省中医药管理<br>部门审核意见                     | 印章<br>年   月   日  |              |  |

1. 一律用蓝黑墨水钢笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。
2. 表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。
3. 相片一律用近期一寸免冠正面半身照。
4. 个人简历应从小学写起。

## 附件 2

### 跟师临床实践情况表

申报人员：

指导老师：

| 指导老师带教的<br>其他未出师人员 | 姓名 | 身份证号码 |   | 带教起止时间 |
|--------------------|----|-------|---|--------|
|                    |    |       |   |        |
|                    |    |       |   |        |
|                    |    |       |   |        |
|                    |    |       |   |        |
|                    |    |       |   |        |
| 跟师临床实践<br>时间(工作日)  | 年  | 年     | 年 | 年      |
| 1月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 2月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 3月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 4月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 5月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 6月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 7月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 8月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 9月                 | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 10月                | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 11月                | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 12月                | 天  | 天     | 天 | 天      |
| 小计                 | 天  | 天     | 天 | 天      |

|                  |   |
|------------------|---|
| 累计               | <p>3年共                   工作日（本人承诺上述时间属实，如有虚假，愿承担相应的法律责任。）</p> <p>师承人员（签名）：                   指导老师（签名）：<br/>年 月 日                          年 月 日</p>   |
| 师承指导老师意见         | <p>（重点介绍师承人员是否完成《实施办法》第十条、第十一条的要求，即跟师学习时间是否平均达到每周不少于3个工作日，3年不少于420个工作日（或总计不少于1500学时）；师承人员对中医经典著作和对指导老师的学术思想、临床经验的掌握程度）</p> <p style="text-align: right;">指导老师（签名）：<br/>年 月 日</p>  |
| 带教机构意见           | <p>（重点核实师承人员跟师学习时间是否达到3年共420个工作日（或总计不少于1500学时），跟师学习笔记是否齐全，跟师学习内容是否符合《实施办法》）的要求。）</p> <p style="text-align: right;">负责人签名：<br/>单位（或管理科室）名称（盖章）：<br/>年 月 日</p>  |
| 指导老师第一执业地点医疗机构意见 | <p>（指导老师不在第一执业地点医疗机构带教的须填写本栏目，第一执业地点医疗机构重点核实指导老师在带教机构多点执业的时间能否达到3年420个工作日（或总计不少于1500学时））</p> <p style="text-align: right;">核对人签名：                   负责人签名：<br/>                                    单位（或管理科室）名称盖章：<br/>                                    年 月 日</p> |

说明：1、本表由指导老师填写，经指导老师带教机构或/及第一执业地点医疗机构加具意见。2、跟师学习时长根据跟师学习笔记、临床实践记录等进行填写。3、指导老师如已退休，主要执业地点医疗机构不需要加具意见。

### 附件 3 传统医学医术确有专长考核申请表

|                  |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
|------------------|--|---|---------|----------|--|-------|-----------|--|----|
| 姓名               |  |   | 性 别     |          |  | 民族    |           |  | 照片 |
| 出生年月             |  |   | 籍 贯     |          |  | 出生地 点 |           |  |    |
| 参加工作时间           |  |   | 现从事主要职业 |          |  |       |           |  |    |
| 学 历              |  |   | 学 位     |          |  | 身份证号码 |           |  |    |
| 确有专长诊疗技术名称       |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
| 确有专长诊疗技术所属专科     |  | <input type="checkbox"/> 中医内科学 <input type="checkbox"/> 中医妇科学 <input type="checkbox"/> 针灸推拿学<br><input type="checkbox"/> 中医外科学 <input type="checkbox"/> 中医儿科学 |         |          |  |       |           |  |    |
| 单位名称             |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
| 通讯地址及邮政编码        |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
| 本人档案存放单位、地址及邮政编码 |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
| 联系 电话            |  | 传 真   |         | 电子 邮件 地址 |  |       |           |  |    |
| 个人简历             |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
| 起止年月             |  | 学习(工作) 单位   |         |          |  |       | 肄业<br>毕 结 |  |    |
|                  |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
|                  |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
|                  |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
|                  |  |   |         |          |  |       |           |  |    |
|                  |  |   |         |          |  |       |           |  |    |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 本人技术专长<br>述评              |   |
| 县级卫生健康<br>中医药管理部<br>门初审意见 | <p style="text-align: right;">印 章</p> <p style="text-align: right;">年   月   日</p> |
| 市级卫生健康<br>中医药管理部<br>门审核意见 | <p style="text-align: right;">印 章</p> <p style="text-align: right;">年   月   日</p> |

1. 一律用蓝黑墨水钢笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。
2. 表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。
3. 相片一律用近期一寸免冠正面半身照。
4. 个人简历应从小学写起。

## 附件 4

### 中医医疗技术目录

| 技术类别    | 技术名称   |
|---------|--|
| 针刺类技术   | 毫针技术、头针技术、耳针技术、腹针技术、眼针技术、手针技术、腕踝针技术、三棱针技术、皮内针技术、火针技术、皮肤针（梅花针）技术、芒针技术、鍛针技术、穴位注射技术、埋线技术、平衡针技术、醒脑开窍技术、靳三针技术、浮针技术、贺氏三通技术、电针技术、针刺麻醉技术、鼻针技术、口唇针技术、子午流注技术、灵龟八法技术、飞腾八法技术 |
| 灸类技术    | 麦粒灸技术、隔物灸技术、悬灸技术、三伏天灸技术、天灸技术、温针灸技术、热敏灸技术、雷火灸技术   |
| 刮痧类技术   | 刮痧技术、撮痧技术、放痧技术   |
| 拔罐类技术   | 拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术、药罐技术、针罐技术、刺络拔罐技术、刮痧拔罐技术   |
| 推拿类技术   | 皮部经筋推拿技术、脏腑推拿技术、关节运动推拿技术、关节调整推拿技术、经穴推拿技术、导引技术、小儿推拿技术、器物辅助推拿技术、耳鼻喉擒拿技术、膏摩技术   |
| 敷熨熏浴类技术 | 穴位敷贴技术、中药热熨敷技术、中药冷敷技术、中药湿敷技术、中药熏蒸技术、中药泡洗技术、中药淋洗技术  |
| 骨伤类技术   | 理筋技术、脱位整复技术、骨折整复技术、夹板固定技术、石膏固定技术、骨外固定支架技术、牵引技术、练功康复技术  |
| 肛肠类技术   | 挂线技术、枯痔技术、痔结扎技术、中药灌肠技术、注射固脱技术  |
| 其他类技术   | 砭石治疗技术、蜂针治疗技术、中药点蚀技术、经穴电疗技术、经穴超声治疗技术、经穴磁疗技术、经穴光疗技术、揉抓排乳技术、火针洞式引流技术、脐疗技术、药线（捻）引流技术、啄法技术   |

## 附件 5

### 2023 年传统医学师承出师考核报名人员信息汇总表

地级以上市卫生健康局(委)(盖章):

填报日期: 年 月 日

| 序号    | 地区 | 姓名 | 性别 | 出生日期 | 身份证号码 | 联系电话 | 专业 | 指导老师 |    |    |    |
|-------|----|----|----|------|-------|------|----|------|----|----|----|
|       |    |    |    |      |       |      |    | 姓名   | 单位 | 职称 | 专业 |
| 1     |    |    |    |      |       |      |    |      |    |    |    |
| 2     |    |    |    |      |       |      |    |      |    |    |    |
| 3     |    |    |    |      |       |      |    |      |    |    |    |
| ..... |    |    |    |      |       |      |    |      |    |    |    |

附件 6

广东省确有专长考核试卷用表  
(临床实际本领考核)

|                        |          |             |     |       |           |       |     |       |
|------------------------|----------|-------------|-----|-------|-----------|-------|-----|-------|
| _____市卫生健康局(委)(盖章):    |          | 填报时间: 年 月 日 |     |       |           |       |     |       |
| 考点名称                   |          |             |     |       | 考生总人数     |       |     |       |
| 考核基地名称                 |          |             |     |       |           |       |     |       |
| 考核时间                   | 年 月 日 上午 |             |     |       | 年 月 日 下午  |       |     |       |
| 设置数量(个)                | 第1站      |             | 第2站 |       | 第1站       |       | 第2站 |       |
|                        | 考站数      | 每站考官数       | 考站数 | 每站考官数 | 考站数       | 每站考官数 | 考站数 | 每站考官数 |
|                        |          |             |     |       |           |       |     |       |
| 考生评分表(份)<br>(按实际考生人数计) |          |             |     |       |           |       |     |       |
| 联系人:                   | 联系电话:    |             |     |       | 邮箱:       |       |     |       |
| 试卷接收单位、地址:             |          |             |     |       | 接收人和联系电话: |       |     |       |

附件 7

广东省确有专长考核试卷用表  
(综合笔试)

\_\_\_\_\_市卫生健康局(委)(盖章): 填报时间: 年 月 日

|             |        |      |                      |       |
|-------------|--------|------|----------------------|-------|
| 考点名称        |        |      | 考生总人数                |       |
| 考核基地名称      |        |      | 考核时间                 | 年 月 日 |
| 考场类型<br>数 量 | 考场数(个) | 考生人数 | 评分标准(份)<br>(按实际改卷人数) |       |
| 30人标准考场     |        |      |                      |       |
| 非标准考场       |        |      |                      |       |
| 联系人:        | 联系电话:  |      | 邮箱:                  |       |
| 试卷接收单位、地址:  |        |      | 接收人和联系电话:            |       |

## 附件 8

### 2023 年传统医学确有专长考核合格人员信息汇总表

地以上市卫生健康委（局）： （盖章） 填报人（电话）： 填报日期： 年 月 日

| 序号    | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 出生日期<br>(XX 年 XX 月 XX 日) | 联系电话 | 申报确有专长诊疗技术名称 | 临床考核时间 | 综合笔试时间 | 备注 |
|-------|----|----|-------|--------------------------|------|--------------|--------|--------|----|
| 1     |    |    |       |                          |      |              |        |        |    |
| 2     |    |    |       |                          |      |              |        |        |    |
| 3     |    |    |       |                          |      |              |        |        |    |
| 4     |    |    |       |                          |      |              |        |        |    |
| ..... |    |    |       |                          |      |              |        |        |    |

- 说明：1. 出生日期请按“XX 年 XX 月 XX 日”的格式填写  
2. 本表信息将用于制作证书，请确保姓名、身份证号、申报专长、临床考核时间等信息的准确性  
3. 市级卫生健康中医药管理部门需同时报送本表纸质版（盖单位公章）和电子版。

**公开方式:** 主动公开

抄送: 国家中医药管理局医政司, 广东省卫生健康委, 广东省医师协会,  
部属、省属各高等医药院校医管处。

---

校对: 医政处 李峰

(共印 6 份)

**公开方式：**主动公开