

揭阳市卫生健康局

揭市卫函〔2026〕28号

关于开展2026年传统医学师承和确有专长人员 医师资格考试考试工作的通知

各县（市、区）卫生健康局，市局直属各单位：

为确保我市2026年传统医学师承和确有专长人员医师资格考试考试工作进行顺利，按照广东省中医药局《关于开展2026年传统医学师承和确有专长人员医师资格考试考试工作的通知》（粤中医办函〔2026〕2号，以下简称《通知》）要求，现将有关事项通知如下：

一、考核时间

（一）出师考核

临床实践技能考核：2026年5月21日。

综合笔试考核：2026年6月23日。

（二）确有专长考核

临床实际本领考核：2026年5月16日。

综合笔试考核：2026年6月13日。

二、加强政策宣传、落实考核工作

各地各单位要高度重视，加强组织领导，落实人员责任，做

好本辖区、本单位的政策宣传工作，通过网站、微信、宣传栏等多种形式将2026年传统医学师承和确有专长人员医师资格考试工作的具体工作要求广而告之，组织辖区内符合条件的人员按时参加报名和考核。

三、组织考核报名、严格审核工作

（一）各地各单位符合参加传统医学师承和确有专长人员向属地辖区内的县（市、区）卫生健康局报名，各县（市、区）卫生健康局于2026年3月27日前完成报名工作。

（二）各县（市、区）卫生健康局认真严格做好参加2026年传统医学师承和确有专长人员的资格、证明材料的初审审核工作，并按时报送我局中医科。

四、其它事项

（一）申报材料相关要求

1. 申请参加传统医学师承人员的申报材料按《通知》要求，按顺序装订成册，一式3份，县、市级卫生健康局各存留一份，另一份上报广州中医药大学职业技术学院。

2. 申请参加传统医学确有专长考核人员的申报材料按《2026年传统医学医术确有专长人员医师资格考试申报材料清单》按顺序装订成册，一式2份，各县（市、区）卫生健康局存留一份，另一份和《2026年揭阳市传统医学医术确有专长考核报名人员信息汇总表》纸质版加盖公章和电子版报送揭阳市卫生健康局中医科。

3. 申报材料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。

（二）请各县（市、区）卫生健康局于2026年4月3日前将符合报考2026年传统医学师承和确有专长人员的报名申请表、证明材料等申报材料报送市卫生健康局中医科，逾期视为无申报。

（三）各县（市、区）卫生健康局报送市卫生健康局的申报材料一经提交，一律不予退回。

（四）相关申报表格可到揭阳市卫生健康局官方网站下载（网址：<http://www.jieyang.gov.cn/jywjj>）。

联系方式：揭阳市卫生健康局中医科， 联系电话：8256365，
邮箱：jywjzyk@163.com。

- 附件：1. 广东省中医药局关于开展2026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〔2026〕2号）
2. 2026年传统医学师承和确有专长考核相关申报表



公开方式：主动公开

抄送：广东省中医药局。

校对：中医科 袁杰群

(共印4份)

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 毕 业 结	
指 导 老 师 姓 名				指 导 老 师 单 位		

指 导 老 师 职 称		指 导 老 师 工 作 年 限	
指 导 老 师 联 系 电 话		指 导 老 师 通 讯 地 址	
指导老师主要 学术思想、临床 经验和学术专 长			
指 导 老 师 意 见	<div style="text-align: right;"> 签 名：_____ 年 月 日 </div>		
核准指导老师 执业的卫生健 康中医药主管 部门初审意见	<div style="text-align: right;"> 印 章 _____ 年 月 日 </div>		
省中医药管理 部门审核意见	<div style="text-align: right;"> 印 章 _____ 年 月 日 </div>		

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. 个人简历应从小学写起。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. 指导老师多点执业涉及跨县（区）执业的，由其带教时间最长的医疗机构所在行政区域的卫生健康中医药主管部门核准，并出具初审意见。
5. 考生报名材料递交部门为跟师时间最长的医疗机构所在行政区域的卫生健康中医药主管部门。
6. 跟师以临床（实践）为主，辅以学习中医经典理论著作等，要熟悉《黄帝内经》《伤寒论》《金匱要略》及《温病学》等中医经典，并掌握一部与指导老师专业密切相关的经典著作。

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）：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 年 月 日</p>
师承指导老师意见	<p>（重点介绍师承人员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）： 年 月 日</p>
带教机构 (1)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，是否掌握《中医基础理论》《中医诊断学》《中药学》《方剂学》《中医内科学》《中医外科学》《中医妇科学》《中医儿科学》《针灸学》和中医经典著作以及指导老师的学术思想、临床经验、技术专长等有关理论知识和实践操作技能。）</p> <p style="text-align: right;">负责人签名： 单位（或职能科室）名称（盖章）： 年 月 日</p>
带教机构 (2)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，是否掌握《中医基础理论》《中医诊断学》《中药学》《方剂学》《中医内科学》《中医外科学》《中医妇科学》《中医儿科学》《针灸学》和中医经典著作以及指导老师的学术思想、临床经验、技术专长等有关理论知识和实践操作技能。）</p> <p style="text-align: right;">负责人签名： 单位（或职能科室）名称（盖章）： 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> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div style="width: 45%;"> 核对人签名: </div> <div style="width: 45%;"> 负责人签名: 单位(或职能科室)名称盖章: 年 月 日 </div> </div>
------------------------------	---

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, 第一执业地点医疗机构不需要加具意见。
4. 如有多个带教机构, 需要各自核实师承人员跟师学习时间加盖公章, 可增加“带教机构”意见栏。

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 <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 毕 结 业	

<p>本人技术 专长述评</p>	
<p>县级卫生健康 中医药管理部 门初审意见</p>	<p style="text-align: right;">印 章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>市级卫生健康 中医药管理部 门审核意见</p>	<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. 个人简历应从小学写起。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。

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、鍉针技术、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

2026 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 (XX 年 XX 月 XX 日)	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

传统医学确有专长人员技术实践年限证明

市卫生健康局：

兹证明姓名_____，年龄____，性别____，身份证
号码_____，确有专长诊疗技术名称_____。

经审核，于_____年____月____日至_____年____月____日
(共计____年)，在推荐医师_____，_____带教下从事
多年中医传统医学确有专长人员技术实践年限。

特此证明。

县(市、区)卫生健康局(盖章)

年 月 日

附件 7

掌握传统医学诊疗技术证明

证明人姓名		被证明人姓名	
证明人 所在单位		证明人电话	单位：
			手机：
证明人《医师资格证书》编号：			
被证明人技术专长评述			
以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。 证明人签字：年 月 日			

·注明：“执业医师”必须是在医疗机构中执业道德良好，无不良医疗行为记录的在职医生供虚假证明，一经查实将予以严肃处理。。

附件 8

2026 年传统医学确有专长人员医师资格考核申报材料清单

县（市、区）：

申报人：

序号	材料名称	说明	页码
1	传统医学医术确有专长考核申请表	国家统 一样式 (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）	复印件	
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(传统医学确有专长人员技术实践年限证明)	附件 6	
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(掌握传统医学诊疗技术证明)	附件 7	
6	两名以上推荐医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格任职证书（如有）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）		

说明：申报传统医学确有专长考核人员的申报材料按《传统医学确有专长人员医师资格考核申报材料清单》按顺序装订在册，一式 2 份。各县（市、区）卫生健康局存留一份，另一份报揭阳市卫生健康局。

附件 9

2026 年揭阳市传统医学医术确有专长考核报名人员信息汇总表

各县（市、区）卫生健康局（盖章）：

填报日期： 年 月 日

序号	姓名	性别	身份证号码	出生日期 (XX 年 XX 月 XX 日)	年龄	联系电话	申报确有专长诊疗技术名称	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准考证，请确保姓名、身份证号、申报专长等信息的准确性
3. 各县（市、区）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。
4. 备注栏标注往年实践技能操作考核合格，请按“2025 年实操合格”的格式填写