

# 黔东南州卫生健康局

州卫健函〔2024〕20号

## 关于印发《黔东南州2024年苗侗等民族医药 专长从业人员考核认定实施方案》的 通知

各县（市）卫生健康局：

现将《黔东南州2024年苗侗等民族医药专长从业人员考核认定实施方案》印发给你们，请认真组织实施。



（依申请可公开）

# 黔东南州 2024 年苗侗等民族医药专长从业 人员考核认定实施方案

为贯彻落实中央、省、州关于“十四五”中医药人才发展规划相关要求及《黔东南苗族侗族自治州苗医药侗医药发展条例》《黔东南州创建省级中医药综合改革示范点建设工作方案》等文件精神，进一步推动我州苗侗医药人才队伍建设，州卫生健康局决定开展黔东南州 2024 年苗侗等民族医药专长人员考核认定工作，特制定本方案。

## 一、考核时间

2024 年 9 月—10 月

## 二、报名地点

16 县（市）卫生健康局

## 三、报名有关要求

### （一）报名对象及条件

- 1.在黔东南州域范围内从事苗侗医等民族医药医疗实践活动五年以上的具有苗侗等民族医药专长人员；
- 2.报名者年满 24 岁，具有完全民事行为能力，身体健康，能胜任工作的从业人员；
- 3.遵纪守法，恪守职业道德，信誉良好；
- 4.掌握独具特色、安全有效的苗侗等民族医药诊疗技术；
- 5.2023 年度已通过州县实践技能考核合格、综合笔试不合格

人员，只参加 2024 年综合笔试。

6.2023 年度考核认定合格需增加执业范围的仅参加 2024 年实践技能考核，不再参加综合笔试。

## **(二) 有下列情况者不得报考**

1.已取得贵州省中医医术确有专长人员医师资格考核合格人员及历届参加黔东南州卫生健康局组织的民族医认定考核并获得《民族医师证》或《乡村医生执业证书》的人员；

2.具有国家认可医学类学历且可以报考相应资格证书的和已取得国家、省级执业医师资格证书的；

3.受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请报考之日止不满 3 年的或被开除中国共产党党籍、公职的，在立案审查期间或未解除党纪、政纪处分的人员；

4.在从事苗医侗医等民族医疗实践活动中有重大医疗安全隐患，发生医疗事故且情况严重或申报材料弄虚作假等情况。

## **四、考核内容及方式**

考核内容包括执业道德和业务水平，重点是苗侗等民族医药实践知识及掌握的独特诊疗技术和临床基本操作；方式包括实践技能考核和综合笔试。

## **五、报名需提交的材料**

(一)黔东南州 2024 年苗医药侗医药等民族医药专长人员考核考试申请表（附件 1）；

(二)考生提供从事苗侗等民族医药专长人员实践技能说

明，由所在地村委会（居委会）出具其执业期内社会评价情况，所在乡镇卫生院或取得医疗机构许可证的公立医疗机构推荐意见（附件2）；

（三）提交近5年医疗实践中与报考专长类别一致的5例病案医案论述（附件3）及至少10名患者的推荐证明（须提供患者的真实姓名、身份证号、住址、电话）（附件4）；

（四）获得州级以上非物质文化遗产报考人员需提供非物质文化遗产代表性项目名录（传统医药类）和《传承人证书》原件及复印件（验原件交复印件）；

（五）本人有效身份证明原件及复印件（验原件交复印件）；

（六）提供2寸近期免冠正面白底半身照片3张和电子版（JPG格式）；

（七）已经通过2023年苗医药侗医药等民族医（确有专长）从业人员实践技能考核合格但综合笔试不合格的人员仅需提供（一）（六）相关材料。

（八）已通过2023年度考核认定并获得《乡村医生执业证书》需要增加执业范围的只需提供（一）（三）（四）（六）相关材料。

## 六、实施阶段

### （一）宣传和报名阶段（2024年9月4日至2024年9月15日）

**1.宣传阶段：**各县（市）卫生健康局安排专人负责，在辖区内通过多种形式对考核考试进行宣传，通知符合条件的人员及时

提交报名申请；

**2.报名阶段：**由县（市）卫生健康局组织开展本辖区内报名工作，考生须到县（市）卫生健康局提交所需材料。报名时间及地点由各县（市）卫生健康局另行通知（注：不收取考试报名费用）；

### **（二）县级初审阶段（2024年9月4日至2024年9月20日）**

1.各县（市）卫生健康局按照“一人一档”建立本地苗侗等民族医药专长人员档案及花名册，认真审查报考人员报考材料的完整性和真实性，所有证明材料在县级初审过程应提供原件，对“原件与复印件相符”的复印件应进行确认，并归入报考人员考核考试档案；

2.对报考人员提交的材料符合条件的，由各县（市）卫生健康局组织专家通过实地走访相关患者、当地群众、村卫生室、村委会、推荐医院及执业场所，对报考人员的从医经历、医德医风和病案医案论述进行核查，并根据现场走访和核查情况签署初审意见；

3.各县（市）卫生健康局于9月20日前将初审合格的人员花名册及其材料和初审不合格人员名单（注明初审不合格事由）一并报州卫生健康局中医民族医药管理科。

### **（三）州级抽审阶段（2024年9月23日至2024年9月27日）**

州卫生健康局对各县（市）卫生健康局报送同意推荐报考人员的报名材料完整性和真实性进行抽查，同时对县级初审不合格

的报考人员按照不低于10%的进行抽样复查，最终确定考生名单并进行公示。

#### **（四）州级考核考试阶段（2024年10月）**

各县（市）卫生健康局负责通知合格人员，由州卫生健康局组织实践技能考核及综合笔试。其中实践技能考核分为内治法、外治法、内外兼治法三类进行，主要内容是评估医术专长的临床效果及医疗安全；综合笔试为统一纸质考试，范围为《中医药法》《贵州省中医药条例》《黔东南苗族侗族自治州苗医药侗医药发展条例》等医药卫生法律法规。（具体时间和地点另行通知）

#### **七、考核认定结果**

对黔东南州2024年苗医药侗医药等民族医药专长从业人员考核考试合格人员进行公示，公示期不少于5个工作日，公示期无异议的，将进行公告并发放《乡村医生执业证书》。

#### **八、工作要求**

**（一）加强组织领导。**苗医药侗医药等民族医药专长人员从业资格考核考试是我州积极推动中医药综合改革示范区建设一项重要工作，各县（市）卫生健康局务必提高认识、高度重视，加强政策宣传和解释，明确专人组织本辖区内符合条件的人员报名考试，确保各项工作落实到位。

**（二）严格工作纪律。**报考人员、审核和认定相关工作人员及专家组要严格工作纪律，按照要求审核材料并进行现场评估，经发现违反相关工作纪律等情况，严格严肃查处。

**(三)信息公开。**有关考核考试的政策及事项以州、县(市)卫生健康局正式文件为准,申请人请密切关注黔东南州卫生健康局及相关县(市)卫生健康局信息。

联系人: 万秀华、唐华

联系电话: 0855—8696320

邮 箱: qdnwjzyk@163.com

- 附件: 1.黔东南州 2024 年苗侗等民族医药专长从业人员考核考试申请表  
2.黔东南州 2024 年苗侗等民族医药专长从业人员实践活动证明  
3.黔东南州 2024 年苗侗等民族医药专长从业人员病案医案论述表  
4.患者推荐证明

附件 1

## 黔东南州 2024 年苗侗等民族医药专长从业人员考核 考试申请表

姓名		性别		民族		(2 寸免冠正面半身照) (另外 上交相片粘贴 右上角, 请勿另 装以免遗失)
籍贯		出生 时间		出生地		
从事苗侗 医药等民 族医年限		专长				
身份证 号码				学历		
从事苗侗等民族医药专长医疗 机构或地点						
通讯地址及邮政编码						
联系电话 (手机)				电子邮箱		
从事苗侗等民族医药专长实践简历						
起止年月	从事苗侗医药等民族医情况				地点	

<p>本人技术 专长述评</p>	<p>(可另附后)</p>
<p>县(市)卫 生健康局 初审意见</p>	<p>印 章 年 月 日</p>
<p>州卫生健 康局审核 意见</p>	<p>印 章 年 月 日</p>

备注: 1. 一律用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2寸免冠正面半身照。4. 个人简历应从小学写起。5. 本人技术专长述评另附后 6. 本表须双面打印。

附件 2

## 黔东南州 2024 年苗侗等民族医药专长从业人员 实践活动证明

兹证明：

出生年月		身份证 号码	
从事苗医侗医医术 实践活动机构名称			
从事苗医侗医医术 实践活动地址	市	县(区/市)	镇(街道) 村(路) 号
从事苗医侗医医术 实践活动时间	年	月至	年 月 (共计 年 月)
村(居)委会(街道) 推荐意见	盖章： 时间： 经办人： 电话：		
所在乡镇卫生院或取 得医疗机构许可证的 公立医疗机构 推荐意见	盖章： 时间： 经办人： 电话：		
县(市)卫生健康局 初审意见	盖章： 时间： 经办人： 电话：		

# 证 明

注：由报考人员所在村（居）委会（街道）出具从事苗医药侗医药等民族医药专长人员证明

附件 3

## 黔东南州 2024 年苗侗等民族医药专长从业 人员病案医案论述表

患者基本信息	姓 名		性 别	
	年 龄		就诊时间	
	联系方式(手机)			
	住 址			
患者来你处治疗时的主要情况				
诊断				
诊疗过程				

注明：每 1 份实践（医案）填一张表，共需要 5 份。

附件 4

## 患者推荐证明

被推荐人姓名： 临床实践地点： 县（市） 乡镇（街道） 村（居）委会（社区）

姓名	性别	年龄	身份证号	家庭详细住址	联系方式	所患疾病	就诊时间	就诊信息获取途径	同意推荐 请签字手印
								<input type="checkbox"/> 广告 <input checked="" type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
								<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
								<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
								<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
								<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	
								<input type="checkbox"/> 广告 <input type="checkbox"/> 介绍 <input type="checkbox"/> 慕名 <input type="checkbox"/> 其他	

