

# 湖南省中医药管理局

湘中医药函〔2026〕22号

## 湖南省中医药管理局 关于开展2026年度全省传统医学师承和 确有专长人员医师资格考核考试工作的通知

各市州卫生健康委：

根据《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（原卫生部令第52号），经研究，决定组织开展2026年度湖南省传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试工作。现就有关事项通知如下：

### 一、报考条件

#### （一）师承人员报考条件

1.师承人员应当具有高中以上文化程度或者具有同等学力，并连续跟师学习满3年（跟师学习时间自师承关系合同公证之日起，截止日期为2026年6月30日）。

2.师承人员的指导老师应当同时具有下列条件：

- 具有中医类别中医或者民族医专业执业医师资格；
- 从事中医或者民族医临床工作15年以上，或者具有中

医或者民族医副主任医师以上专业技术职务任职资格；

(3) 有丰富的临床经验和独特的技术专长；

(4) 遵纪守法，恪守职业道德，信誉良好；

(5) 在医疗机构中坚持临床实践，能够完成教学任务。

3. 师承人员应当与指导老师签订符合国家中医药管理局相关规定的师承关系合同。师承关系合同应当经县级以上公证机构公证。指导老师同时带教师承人员不得超过两名。

## (二) 确有专长人员报考条件

1. 依法从事传统医学临床实践 5 年以上（截止日期为 2026 年 6 月 30 日）；

2. 掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术。

## 二、报考提交资料

### (一) 师承人员报考提交材料

1. 本人身份证原件及复印件；

2. 二寸近期免冠证件照 2 张，电子照片 1 份；

3. 《考生报考承诺书》（附件 1）；

4. 高中及以上学历或同等学力证明；

5. 指导老师的医师资格证书、执业证书，副高及以上专业技术职务任职资格或核准其执业的卫生健康行政部门、中医药管理部门出具的从事中医、民族医临床工作 15 年以上的证明；

6. 经县级以上公证机构公证的师承关系合同；

7. 跟师学习笔记（记录）等；

8.传统医学师承出师考核申请表（附件2）。

（二）确有专长人员报考提交材料

1.本人身份证原件及复印件；

2.二寸近期免冠证件照2张，电子照片1份；

3.《考生报考承诺书》；

4.申请人所在地县市区卫生健康行政部门出具的证明其在执业医师指导下从事传统医学临床实践5年以上的材料；

5.两名以上相关专业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推荐材料；

6.传统医学医术确有专长考核申请表（附件3）。

（三）2024年度临床实践技能考核成绩合格人员报考提交材料

参加2024年度全省传统医学师承和确有专长人员医师资格考试考试的临床实践技能考核成绩合格者，如报考2026年度考核考试，还需提交2024年度传统医学师承和确有专长人员考核考试临床实践技能考核成绩单复印件。

### 三、报名审核流程

（一）网上报名与现场资料提交

1.考生网上报名时间为2026年7月20日至8月5日，逾期不予受理。请考生登录湖南医考网（<http://www.cndocctor.cn/>），点击“湖南省中医师承和确有专长人员医师资格（考核）考务管理系统”（以下简称“考务系统”）链接进行报名。如实准确填

报个人信息，并按照本通知报考所列资料要求，根据不同报考类型上传相应资料。未在规定时间内上传所有报考资料的，视为放弃报考。

2.考生现场提交资料时间为2026年7月20日至8月5日。师承人员考生应将所有报名材料提交到师承跟师所在地的县市区卫生健康中医药主管部门。确有专长人员考生应将所有报名材料提交到长期实践所在地的县市区卫生健康中医药主管部门。

## （二）县级初审

初审时间为2026年8月6日至8月25日。各县市区卫生健康中医药主管部门对报考人员上报材料的真实性严格把关，按照报考条件和审核要求，对考生报名资料进行逐一审核，必要时开展现场核查。8月25日前，在“考务系统”中确认初审结果，并将通过县级初审的考生资料汇总提交至市州卫生健康中医药主管部门。

## （三）市级复审

复审时间为2026年8月26日至9月10日。各市州卫生健康中医药主管部门负责对所辖县市区上报材料的完整性、规范性等复审，必要时开展现场核查。9月10日前完成资料审核，在“考务系统”中确认复审结果，并将复审通过人员名单及考生资料汇总提交至省卫生健康委医学考试中心。

市州卫生健康中医药主管部门在复核过程中，发现县市区中医药主管部门审查把关不严的，要按照相关规定追究责任人责

任；对协助提供虚假材料，存在徇私舞弊，审查通过明显不符合报名条件人员的，应严肃处理。

#### （四）省级终审与考生缴费

1.终审时间为 2026 年 9 月 11 日至 9 月 30 日。由省卫生健康委医学考试中心对各市州提交考生资料进行复审，经省中医药管理局复核后，在“考务系统”确认考生终审结果。

2.省级终审合格的考生，于 2026 年 10 月 1 日至 10 月 15 日期间，在“考务系统”中完成网上缴费，未在规定时间内完成网上缴费的考生，视为自动放弃本次考核。

### 四、考试考核范围与形式

#### （一）考试考核范围

国家中医药管理局中医师资格认证中心编写的《传统医学师承人员出师和确有专长人员考核指导》。

#### （二）考试考核形式

考试考核分为综合笔试和技能考核两部分。

1.综合笔试：按师承和确有专长人员不同的报考类别分别设置中医基础知识试卷和中医临床专业知识试卷，采取纸笔方式进行考试。两门考试时长均为 150 分钟，满分均为 150 分。两门考试总分 300 分，考生成绩达到 180 分即为合格。

2.技能考核：师承和确有专长人员技能考核均分为中医基本操作和中医临床答辩两个环节进行。满分为 100 分，考生成绩达到 60 分即为合格。

## 五、考试考核具体安排

### （一）考试考核时间和地点

综合笔试时间为 2026 年 11 月 20 日，技能考核时间为 2026 年 11 月 21—22 日。综合笔试和技能考核均在长沙市统一举行，具体考试考核地点和时间详见准考证。

### （二）准考证打印

通过报名审核并完成缴费的考生，可于 11 月 10 日起，在“考务系统”上打印 2026 年度湖南省传统医学师承出师和确有专长人员考核准考证。

### （三）成绩查询

2026 年 12 月中下旬，考生可进入“考务系统”查询本人考试考核成绩。在考核成绩发布后，考生如对本人成绩有异议，可在 7 个工作日内申请成绩复核，逾期不予受理。

### （四）合格证书领取

综合笔试（仅指 2026 年度综合笔试）和技能考核（含 2024 年度技能考核）成绩均合格的考生到报名所在地的市州卫生健康中医药主管部门领取《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》，具体领取时间由各市州另行通知。

## 六、报考费用

根据《湖南省卫生健康委关于核定医师资格考试实践技能考试（考核）报名费标准及加强相关费用管理的通知》（湘卫函〔2021〕58 号）文件规定，传统医学师承人员和确有专长人员报

考缴费标准为每人 480 元（含综合笔试 140 元和技能考核 340 元）。2024 年度技能考核成绩合格的考生，仅需缴纳综合笔试费用 140 元。

## 七、其他相关事宜

（一）本次考核考试具体组织实施工作由湖南省卫生健康委医学考试中心负责。

（二）根据《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（原卫生部令第 52 号），取得湖南省中医药管理局授予的《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》后，在医疗机构中试用期满 1 年并考核合格，可以申请参加执业助理医师资格考试。取得执业助理医师执业证书后，在医疗机构中从事传统医学医疗工作满 5 年，可以申请参加执业医师资格考试。根据《湖南省卫生健康委 湖南省中医药管理局关于进一步明确湖南省中医类别执业医师执业范围及规范非中医类别执业医师开展中医诊疗活动的通知》（湘中医药〔2023〕7 号）文件要求，非中医类别执业医师（含临床、口腔和公共卫生）跟师学习中医满 3 年，参加考试取得《传统医学师承出师证书》后，既可开具中成药处方，也可开具中药饮片处方。

## 八、工作要求

（一）报考人员须认真对照报考条件，确认本人完全符合规定报考条件再报名，并签署《考生报考承诺书》，杜绝用虚假信息报考和进行虚假承诺。进入审核环节后，考生报考资料不得更

改、替换，所有资料一律不予退回。

（二）各市州、县市区卫生健康中医药主管部门要加强考核考试相关政策解读和宣传，指导考生仔细甄别网络虚假信息，积极引导考生通过湖南省中医药管理局官网、湖南医考网、湖南省卫生健康委医学考试中心微信公众号和“考务系统”了解具体报考、缴费、准考证打印等流程以及考核考试相关信息。

联系人及联系电话：

省中医药管理局医政医管处吴健，0731-84828545；

省卫生健康委医学考试中心魏星、李仕松，0731-84822261。

附件：1.考生报考承诺书

2.传统医学师承出师考核申请表

3.传统医学医术确有专长考核申请表



## 附件 1

# 考生报考承诺书

我自愿报名参加 2026 年度传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试，已仔细阅读考试通知全部内容，自愿遵守该项考试报考有关规定，完全接受各项规则。现郑重承诺：

1.保证所提交的报名信息和相关证明材料真实、准确、有效，如提供虚假信息和证明材料，本人愿承担一切责任；

2.知晓报考条件、资格审核程序及相关规定,承诺遵守资格考试报考的有关要求。如本人成绩合格，但不符合报名条件或逾期未按规定提交资格复核材料，愿意接受取消考试成绩、停发证书的处理；

3.服从考试组织管理机构的统一安排，自觉接受考试工作人员的检查、监督和管理；

4.已知晓《中华人民共和国刑法修正案(九)》相关规定和《医师资格考试违纪违规处理规定》(节选)(国家卫生和计划生育委员会令第 4 号)，认同并遵守认定和处理的相关规定。自觉遵守考场秩序和考场规则，诚信参考，如有违法、违纪、违规行为，自愿接受处理决定。

考生签名：

年 月 日

附件2

传统医学师承出师考核申请表

|                      |          |         |  |            |               |    |
|----------------------|----------|---------|--|------------|---------------|----|
| 姓 名                  |          | 性 别     |  | 民 族        |               | 相片 |
| 出 生<br>年 月           |          | 籍 贯     |  | 出 生<br>地 点 |               |    |
| 参加工<br>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<br>及邮政编码 |          |         |  |            |               |    |
| 联系电话                 |          | 传 真     |  | 电子邮<br>件地址 |               |    |
| 个 人 简 历              |          |         |  |            |               |    |
| 起止年月                 | 学习（工作）单位 |         |  |            | 肄<br>毕 业<br>结 |    |
|                      |          |         |  |            |               |    |
|                      |          |         |  |            |               |    |
|                      |          |         |  |            |               |    |
|                      |          |         |  |            |               |    |
|                      |          |         |  |            |               |    |
|                      |          |         |  |            |               |    |

|                                      |                                                                                                               |                    |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| 指 导 老 师<br>姓 名                       |                                                                                                               | 指 导 老 师<br>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                       | <div style="text-align: right;">           签 名: _____<br/>           年    月    日         </div>               |                    |  |
| 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 | <div style="text-align: right;">           印 章<br/>           _____<br/>           年    月    日         </div> |                    |  |
| 市级卫生健康<br>中医药主管部<br>门审核意见            | <div style="text-align: right;">           印 章<br/>           _____<br/>           年    月    日         </div> |                    |  |
| 省中医药管理<br>部门审核意见                     | <div style="text-align: right;">           印 章<br/>           _____<br/>           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. 申请表相片一律用近期一寸免冠正面半身照。
4. 指导老师涉多点执业的，从其带教时间最长的医疗机构所在行政区域。

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<br>年 月              |             | 籍 贯                                                                                                                                                           |  | 出 生<br>地 点     |                    |    |
| 参加工<br>作时间              |             | 现从事主要职业                                                                                                                                                       |  |                |                    |    |
| 学 历                     |             | 学 位                                                                                                                                                           |  | 身份证号码          |                    |    |
| 确有专长诊<br>疗技术名称          |             |                                                                                                                                                               |  |                |                    |    |
| 确有专长诊疗<br>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<br>邮 政 编 码 |             |                                                                                                                                                               |  |                |                    |    |
| 联 系 电 话                 |             | 传 真                                                                                                                                                           |  | 电 子 邮<br>件 地 址 |                    |    |
| 个 人 简 历                 |             |                                                                                                                                                               |  |                |                    |    |
| 起 止 年 月                 | 学 习（工 作）单 位 |                                                                                                                                                               |  |                | 肄<br>毕      业<br>结 |    |
|                         |             |                                                                                                                                                               |  |                |                    |    |
|                         |             |                                                                                                                                                               |  |                |                    |    |
|                         |             |                                                                                                                                                               |  |                |                    |    |
|                         |             |                                                                                                                                                               |  |                |                    |    |
|                         |             |                                                                                                                                                               |  |                |                    |    |

|                                    |                               |
|------------------------------------|-------------------------------|
| <p>本人技术专长<br/>述评</p>               |                               |
| <p>县级卫生健康<br/>中医药管理部<br/>门初审意见</p> | <p>印 章</p> <p>年    月    日</p> |
| <p>市级卫生健康<br/>中医药管理部<br/>门审核意见</p> | <p>印 章</p> <p>年    月    日</p> |
| <p>省级中医药主<br/>管部门审核意<br/>见</p>     | <p>印 章</p> <p>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. 申请表相片一律用近期一寸免冠正面半身照。