附件1

第二批中医药（蒙医药）特色疗法项目申报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | |
| 类别 | 1.民间广为流传的 | | 疗法/诊疗技术□ | |
| 2.祖传医药 | | 疗法/诊疗技术□ | |
| 3.医生多年临床总结 | | 疗法/诊疗技术□ | |
| 4.其他 | | 疗法/诊疗技术□ | |
| 持有人  或推荐人 | 姓 名 |  | 民 族 |  |
| 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 所在单位 |  |
| 联系方式 |  | 是否从医 |  |
| 职 称 |  | 地 址 |  |
| 疗法/技术概述 | 包括摘要、适应症、禁忌症、操作方法（操作手法、动作要领、器具使用）、注意事项、传承年数、传承代数、传承脉络、重要特征、主要价值等。 | | | |
| 医案  （可带附件） |  | | | |
| 疗效评价 |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 持有人意见 | 我自愿参加内蒙古自治区中医药（蒙医药）特色疗法项目，并保证所填报内容的真实性。  持有人签字：  年 月 日 |
| 所在单位意见 | （请所在单位注明技术的知识产权归属。）    （盖章）  年 月 日 |
| 盟市卫生健康  委员会意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 自治区卫生健康  委员会意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 备注 |  |

附件2

第二批中医药（蒙医药）特色疗法项目汇总表

各盟市/直属单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 排序 | 项目类别 | 项目名称 | 项目来源\* | 项目负责人 | 性别 | 出生年月 | 联系方式 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |

\*项目来源填写：1.公立医疗机构；2.民营医疗机构；3.民间；4.其他。