

广西壮族自治区中医药管理局

自治区中医药局关于举办第二届 广西中药（壮瑶药）药膳大赛 区直单位初赛的通知

广西二轻技师学院、广西中医药研究院、广西职业技术学院、
区直各有关单位：

根据《自治区中医药局等八部门关于举办第二届广西中药（壮瑶药）药膳大赛的通知》（桂中医药发〔2024〕12号）精神，为做好第二届广西中药（壮瑶药）药膳大赛相关工作，经研究，定于2024年7月初在南宁市举办第二届广西中药（壮瑶药）药膳大赛区直单位初赛（以下简称“区直单位初赛”），现将有关事项通知如下：

一、区直单位初赛目标

通过组织举办区直单位初赛，持续提升“桂药膳”品牌影响力，营造浓厚的中医药传统文化氛围，探索中药（壮瑶药）药膳推广应用，检验药膳研究成果，选拔高素质的药膳人才队伍代表区直单位参加第二届广西中药（壮瑶药）药膳大赛。

二、区直单位初赛时间及地点

（一）时间。

2024年7月5日—7日。

(二) 地点。

广西二轻技师学院（地址：南宁市青秀区下洲路5号）。

三、参赛单位及人员

(一) 区直医疗卫生机构、科研院所等相关单位人员。

(二) 区直高校、职业院校（含技工院校）等相关单位人员。

(三) 其他有志于从事药膳产业开发工作的区直企事业单位人员。

四、区直初赛内容

区直初赛包括理论知识竞赛和实际操作竞赛两个部分，竞赛标准参照中式烹调师职业技能标准高级工（职业技能三级）以上要求并结合药膳制作师相关理论和实践要求命题。满分均为100分，其中理论知识竞赛和实际操作竞赛分别占总成绩的30%、70%。所有参赛队伍及个人依据总成绩高低排出团体及个人名次，当总成绩相同时，以实际操作成绩高者为先。

五、奖项设置

(一) 个人奖项。将根据队员理论知识竞赛和实际操作竞赛两个部分总分评比出个人一、二、三等奖，设奖数量不超过各赛项总参赛人数的5%、10%、15%。

(二) 团体奖项。以团队为单位，将根据团队理论知识竞赛和实际操作竞赛两个部分的总分评选出团体奖一、二、三等奖，设奖数量不超过总参赛队数的5%、10%、15%。

六、其他事项

(一) 区直初赛报名时间及方式：区直各有关单位填写《参赛报名表》（附件1），务必于2024年6月17日前将初赛参赛团

队统一报送至指定邮箱。

(二) 为进一步加强药膳工作现场交流，营造浓厚的药膳文化发展氛围，区直初赛现场设置中药（壮瑶药）食养食疗产品展示交流区，有意向展示单位可积极报名申请，展示遵循自愿原则。意向展示单位务必于2024年6月17日前填写《展位申请回执表》（附件2），将回执报送至指定邮箱。

(三) 区直各有关单位原则上应充分结合“桂十味”“31味区域特色药材”、第一批《广西道地药材目录》、《广西壮瑶等民族药材目录》，充分发挥广西中药资源特色和示范基地优势。

(四) 各区直参赛队原则上要求统一着装（服装自备，无单位标识）。所用食材由各参赛队自行准备，禁止使用国家规定的野生动物、植物保护品种；炊具（电磁炉）、盐、酱油、醋、食用油等调味料统一由药膳大赛承办单位提供。

(五) 南宁市外区直单位参赛人员区直单位初赛期间食宿费自理、往返交通费按照差旅费有关规定回所在单位报销。

(六) 请广西二轻技师学院做好药膳推广及会务保障工作，请广西中医药研究院、广西职业技术学院做好相应的服务保障工作。未尽事宜，敬请联系。

广西二轻技师学院： 麦 芳 13977193170

广西壮族自治区中医药研究院：李星宇 18107711515

广西职业技术学院： 张 莹 13617719234

自治区中医药局：刘羽娴 蒋志敏，0771-2858896/2448426

邮 箱：zyjghcyc@163.com

- 附件：1. 参赛报名表
2. 展位申请回执表

广西壮族自治区中医药管理局

2024年6月11日

(此件公开发布)



附件 1

参赛报名表

单位名称						(盖章)
单位地址						
单位性质	<input type="checkbox"/> 医疗卫生机构 <input type="checkbox"/> 科研院所 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 示范基地/定制药园 <input type="checkbox"/> 其他_____					
参赛人员信息						
序号	姓名	身份证号码	联系电话		备注	
1					<input type="checkbox"/> 领队 <input type="checkbox"/> 理论考试	
2					<input type="checkbox"/> 领队 <input type="checkbox"/> 理论考试	
3					<input type="checkbox"/> 领队 <input type="checkbox"/> 理论考试	
4					<input type="checkbox"/> 领队 <input type="checkbox"/> 理论考试	
5					<input type="checkbox"/> 领队 <input type="checkbox"/> 理论考试	
6					<input type="checkbox"/> 领队 <input type="checkbox"/> 理论考试	
药膳主题						
类别	1. 药膳热菜	2. 药膳冷菜	3. 药膳汤(饮品)	4. 药膳面点	5. 自选菜品	
菜名						
菜品负责人						
参赛队到达时间						
到达方式	<input type="checkbox"/> 自驾(车牌号:)		<input type="checkbox"/> 其他_____			
住宿要求	<input type="checkbox"/> 是()单、()双		<input type="checkbox"/> 否			

附件 1-1

加密编号：（裁判填写）

药膳热菜基本信息表

药膳主题					
药膳名称					
		食养药膳 <input type="checkbox"/>	食疗药膳 <input type="checkbox"/>		
序号	食材名称	用量（克）	药材名称	剂量（克）	药材说明
1					
2					
3					
示例	猪肉	100	鲜龙眼肉	30	桂十味、药食两用
			钩藤	10	广西区域特色药材
制 作 方 法					
功效					
方 解					
适用 人群					
注意 事项					

附件 1-2

加密编号：（裁判填写）

药膳冷菜基本信息表

药膳主题					
药膳名称					
		食养药膳 <input type="checkbox"/>	食疗药膳 <input type="checkbox"/>		
序号	食材名称	用量(克)	药材名称	剂量(克)	药材说明
1					
2					
3					
示例	猪肉	100	鲜龙眼肉	30	桂十味、药食两用
			钩藤	10	广西区域特色药材
制作方法					
功效					
方解					
适用人群					
注意事项					

附件 1-3

加密编号：（裁判填写）

药膳汤/饮品基本信息表

药膳主题					
药膳名称					
		食养药膳 <input type="checkbox"/>	食疗药膳 <input type="checkbox"/>		
序号	食材名称	用量(克)	药材名称	剂量(克)	药材说明
1					
2					
3					
示例	猪肉	100	鲜龙眼肉	30	桂十味、药食两用
			钩藤	10	广西区域特色药材
制 作 方 法					
功效					
方 解					
适用人群					
注意事项					

附件 1-4

加密编号：（裁判填写）

药膳面点基本信息表

药膳主题					
药膳名称					
食养药膳 <input type="checkbox"/> 食疗药膳 <input type="checkbox"/>					
序号	食材名称	用量（克）	药材名称	剂量（克）	药材说明
1					
2					
3					
示例	猪肉	100	鲜龙眼肉	30	桂十味、药食两用
			钩藤	10	广西区域特色药材
制 作 方 法					
功效					
方 解					
适用人群					
注意事项					

附件 1-5

加密编号：（裁判填写）

药膳自选菜品基本信息表

药膳主题					
药膳名称					
食养药膳 <input type="checkbox"/>			食疗药膳 <input type="checkbox"/>		
序号	食材名称	用量（克）	药材名称	剂量（克）	药材说明
1					
2					
3					
示例	猪肉	100	鲜龙眼肉	30	桂十味、药食两用
			钩藤	10	广西区域特色药材
制 作 方 法					
功效					
方 解					
适用人群					
注意事项					

附件 1-6

自带物品申报单

参赛队				
领 队		联系方式		
物 品 明 细				
序号	物品名称	规 格	数 量	备 注 (用途)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
裁判员签署意见:				

注：请区直有关单位汇总附件 1（含 1-1 至 1-6）于 2024 年 6 月 17 日前将盖章扫描 PDF 以及 word 版发送至邮箱 zyjghcyc@163.com，并发送短信至 13878100456 留言确认（例：单位名称+联系人姓名）。

附件 2

展位申请回执表

填报单位（盖章）：

联系人：

电话：

序号	所属地市	单位	联络员	电话	展示内容	面积 (9 m ² 或 18 m ²)	特殊要求 (如水、电等)	备注

注：请各申请单位按要求填写，并于2024年6月17日前将盖章扫描PDF以及word版发送至邮箱

zyjghcyc@163.com，并发送短信至15296591244留言确认（例：单位名称+联系人姓名）。

