附件5

传统医学医术确有专长人员诊疗技术证明资料表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | 男□ | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 女□ | 婚姻 |  |
| 地址 | |  | | 邮编 |  | 联系电话 |  | |
| 确有专长诊疗技术名称 | |  | | | | | | | |
| 确有专长诊疗技术所属专科 | □ 中医内科学 □ 中医妇科学 □ 针灸推拿学  □ 中医外科学 □ 中医儿科学 | | | | | | | | |
| 个人简述 | 签名：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | |

说明：

1.推荐医师基本情况：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书复印件。

2.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

3.“推荐医师”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，如提供虚假证明，一经查实将予以严肃处理。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐材料 一 | | | | |
| 推  荐  医  师  基  本  情  况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 民族 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 医师资格证书  编码 |  | | |
| 医师执业证书  编码 |  | | |
| 工作单位 |  | | |
| 推  荐  医  师  意  见 | 本人承诺推荐内容真实准确。  推荐医师签字：  　 年 　月 　日 | | | |
| 推荐材料 二 | | | | |
| 推  荐  医  师  基  本  情  况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 民族 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 医师资格证书  编码 |  | | |
| 医师执业证书  编码 |  | | |
| 工作单位 |  | | |
| 推  荐  医  师  意  见 | 本人承诺推荐内容真实准确。  推荐医师签字：  　 年 　月 　日 | | | |