附件2：

传统医学医术确有专长申请人诊疗技术证明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系方式 | |  | 身份证号码 |  | | |
| 所在执业机构 | |  | | | | |
| 证明人1医师资格证书编码 | |  | 证明人1医师执业证书编码 |  | | |
| 证明人2医师资格证书编码 | |  | 证明人2医师执业证书编码 |  | | |
| 擅长诊疗技 术 | ` | | | | | |
| 证明人  推荐意见 | 以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。  证明人1签名： 证明人1所在机构：  证明人2签名： 证明人2所在机构： | | | | | |
| 县（市、区）卫体局  核实意见 | 县（市、区）卫体局经办人意见：  签名：    县（市、区）卫体局局长签字：  （公章）  年 月 日 | | | | | |

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、证明人推荐意见要明确被证明人所具有的中医理论、技术特长，诊疗技术特色及疗效等。

3、需提交证明人的医师（中医）资格证书、执业证书原件、复印件，所在县（市、区）卫体局审核无误后在复印件上写明“与原件相符”，并签名加盖公章。