附件2： **中医确有专长考试人员诊疗技术证明推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | | |  | | 出生年月 |  |
| 联系方式 |  | | | 身份证号码 | | |  | | | |
| 所在执业机构 |  | | | 擅长诊疗技术 | | |  | | | |
| 证明人  推荐  意见 | 推荐意见：        证明人签名：             证明人所在机构： | | | | | | | | | |
| 县（市、区）卫生计生委（卫生局）核实意见 | 核实意见：                           负责人：           （公章）                                 年      月      日 | | | | | | | | | |
| 市州卫生计生委（卫生局）核实意见 | 核实意见：                             负责人：           （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．表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

3. 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。

4. 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）卫生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。