附件3

**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（区）卫生健康委核实  意见 | 县（区）卫生健康委经办人意见：  签名：    县（区）卫生健康委主任签字： （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．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（区）卫生健康委审核无误后在复印件上写明“与原件相符”，并签名加盖公章。