附表3

中医医术确有专长人员医师资格考核

中医医术实践证明材料

（以下三项任选一项）

|  |
| --- |
| 一、县（市、区）中医药主管部门证明 |
| 兹证明：姓名： ，年龄： ，性别： ，身份证号码： 。 经审核，于 年 月 日至 年 月 日（共计 年），在 （行医地点，写明详细地址）从事中医医术实践。 负责人签字并盖章： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 二、所在居委会、村委会证明 |
| 兹证明：姓名： ，年龄： ，性别： ，身份证号码： 。 经审核，于 年 月 日至 年 月 日（共计 年），在 （行医地点，写明详细地址）从事中医医术实践。 负责人签字并盖章： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| **三**、10 名患者推荐证明 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 家庭详细住址 | 联系方式（手机号码） | 所患疾病 | 就诊时间 | 就诊信息获取途径 | 同意推荐请签字按手印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  | □介绍 □慕名□其他 |  |

注：1.患者推荐材料时间跨度须能证明被推荐人从事中医医术实践活动满5年。

2.患者承诺对以上填写内容真实性负责，并自愿承担相应法律责任。