附件3

**传统医学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 | | | | | | | | |
| 执  业  医  师  证  明 | 签名：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 签名：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 签名：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | |

注明：“执业医师”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。

|  |  |
| --- | --- |
| 县  （区）  级  卫  生  计  生  局  意  见 | 盖章：  负责人签字： 时间： 年 月 日 |
| 地  （市）  级  卫  生  计  生  局  意  见 | 盖章：  负责人签字： 时间： 年 月 日 |
| 备  注 |  |