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 |  |