附件5

**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  （2寸照片） |
| 女□ | 婚姻 |  |
| 地址 |  | | | 邮编 |  | 联系电话 |  | |
| 确有专长诊  疗技术名称 | | （参考附件6中医医疗技术目录选填） | | | | | | |
| 确有专长诊  疗技术所属类别 | （参考附件6中医医疗技术目录选填） | | | | | | | | |
| 个  人  简  述 | 签名（按捺手印）：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 执  业  医  师  证  明 | 本人姓名 ，身份证号码 ，执业证书编号 ，所在执业机构 ，本人自愿证明 ，身份证号码 ，参加传统医学确有专长医师资格考核考试，本人了解其掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术情况，建议考核专长为：  **（技术名称）**专长。以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。  证明人签名（按捺手印）：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 本人姓名 ，身份证号码 ，执业证书编号 ，所在执业机构 ，本人自愿证明 ，身份证号码 ，参加传统医学确有专长医师资格考核考试，本人了解其掌握独具特色、安全有效的传统医学诊疗技术情况，建议考核专长为：  **（技术名称）**专长。以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。  证明人签名（按捺手印）：  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。