

附件 3

传统医学医术确有专长推荐医师意见表

推荐医师基本情况	姓名		性别	
	职称		民族	
	专业		联系电话	
	身份证号码			
	医师资格证书编码			
	医师执业证书编码			
	工作单位			
推荐医师意见	<p>(意见：被推荐人姓名，掌握独具特色、安全有效传统医学主要依据等)</p> <p>本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》第三十二条有关规定，承担相应后果。</p> <p style="text-align: right;">推荐医师签字 (按指印):</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			