

传统医学确有专长人员诊疗技术证明资料表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/>	年龄		民族		照片
			女 <input type="checkbox"/>			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	<input type="checkbox"/> 中医内科学 <input type="checkbox"/> 中医妇科学 <input type="checkbox"/> 针灸推拿学 <input type="checkbox"/> 中医外科学 <input type="checkbox"/> 中医儿科学							
个人简述	签名并按手印： 时间： 年 月 日							
执业医师证明	签名并按手印： 时间： 年 月 日							
	签名并按手印： 时间： 年 月 日							
	签名并按手印： 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。

<p>县(区)级卫生健康局意见</p>	<p>负责人签字: _____</p> <p>盖章: _____</p> <p>时间: _____年____月____日</p>
<p>地(市)级卫生健康局意见</p>	<p>负责人签字: _____</p> <p>盖章: _____</p> <p>时间: _____年____月____日</p>
<p>备注</p>	