**附件3：**

**确有专长掌握传统医学诊疗技术证明**

被证明人（申请人）姓名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 |  | 证明人单位 |  |
| 证明人执业  类别及范围 |  | 证明人联系方式 |  |
| 证明人现取得的专业技术资格 |  | 证明人《医师资格证书》编号 |  |
| **被证明人技术**  **专长评述**  （需写明擅长几种传统医学诊疗技术，最擅长哪种？掌握的诊疗技术熟练程度、临床效果如何？是否安全可靠） |  | | |
| 以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。  证明人签名： 年 月 日 | | | |

注：证明人需提供《医师资格证书》和《医师执业证书》复印件（受理人员验原件后在复印件上签名并加盖审核单位印章）。