附件3

掌握传统医学诊疗技术证明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 |  | 被证明人姓名 |  |
| 证明人所在单位 |  | 证明人电话 | 单位： |
| 手机： |
| 证明人《医师资格证书》编号： |
| 被证明人技术专长评述 |  |
| 以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。证明人签字： 年 月 日 |
| 附证明人《医师资格证书》、《医师执业证书》复印件（A4纸复印） |