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《医师执业证书》复印件（A4纸复印)