附件3

推荐医师知情同意书

（多年实践人员）

本人 清楚知悉《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》《广东省卫生和计划生育委员会 广东省中医药局关于中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理的实施细则》对推荐医师的要求。《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“推荐中医医术确有专长人员的医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐医师中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”之规定有充分的了解。自愿承担被推荐者 参加2020年省中医医术确有专长人员医师资格考核报名的推荐医师，了解被推荐者的医术渊源，能确认被推荐者在 （长期中医医术实践地） 从事中医医术实践活动时间满5年。熟悉并能确认被推荐者的医术专长及技术方法的独特性、安全性、有效性。推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。愿配合审核部门的调查核实工作。

推荐人：（签名、手印）

年 月 日