附件6

**推荐医师承诺书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推  荐  医  师  基  本  情  况 | 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | | 职称 | |  | |
| 身份证号 |  | | 联系电话 | | |  | | | | | | |
| 执业类别 |  | | 最近一次医师定期考核合格年度 | | | | | 年 | | | | |
| 专业技术资格证书的专业名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 主要执业机构 |  | | | | | | 所在科室 | | |  | | |
| 被  推  荐  者  基  本  情  况 | 姓 名 |  | 职业 | |  | | | | 性别 | | | |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 申报的传统医学医术专长 |  | | | | | | | | | | | |
| 从事传统医学医术活动的机构名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 从事传统医学医术活动的地址 | 市 县(市/区) 镇(街道) 村(路) 号 | | | | | | | | | | | |
| 从事传统医学医术  活动的时间 | 年 月至 年 月（共 年 月） | | | | | | | | | | | |
| 推荐医师与被推荐者的关系及熟悉程度 | 本栏目填写内容包括：1.何时通过何种途径认识被推荐者；2.介绍被推荐者医术实践（跟师学习）的职业道德情况；3.被推荐者中医基础理论、基本技能掌握情况。 | | | | | | | | | | | | |
| 推荐  医师  意见 | 本栏目填写内容包括：1.申报的医术专长的医术渊源（推荐多年实践人员参加考核的需介绍）；2.申报的医术专长的独特性、安全性及疗效等。 | | | | | | | | | | | | |
| 推荐医师承诺 | 本人承诺：  一、已阅读《关于传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试实施办法》对推荐医师的要求。  二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。  三、了解被推荐者从事传统医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事传统医学医术实践活动满五年，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。  四、愿配合审核部门的调查核实工作。  推荐医师签名并按手印：  　年　月　日 | | | | | | | | | | | | |

附：推荐医师的医师资格证书、医师执业证书、专业技术资格证书（如有）等复印件。（由推荐医师所在单位核对原件后加具“与原件相符”意见，核对人签名，加盖核对单位印章）