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 | 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，本人承担一切责任。  证明人签字：  年 月 日 | | | | | |