**附件2**

开展传统医学诊疗技术证明表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 电 话 |  | | | |
| 单 位 |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 开展传统医学诊疗技术名称 |  | | | | | |
| 证明医师姓名 |  | 证明医师单位 | |  | | |
| 证明医师职务 |  | 证明医师职称 | |  | | |
| 证明医师身份证号 |  | | | | | |
| 证明医师意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | |