**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 |