附件1

确有专长人员从事传统医学临床实践年限证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | |
| 民 族 | | |  | 学 历 |  | 身份证号 |  | |
| 从事传统医学临床实践医疗机构 | | | 名 称 |  | | | | |
| 地 址 |  | | 邮 编 | |  |
| 登记号 |  | | 法定代表人 | |  |
| 医疗机构证明 | | | 该同志于 年 月至 年 月，在我医疗机构从事传统医学临床实践活动 年。  特此证明。  联系电话：  医疗机构负责人（签字）：  （医疗机构盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 医疗机构主管卫生行政部门意见 | | | 情况：属实□ 不属实□  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 注 | 1.若申请人从事传统医学临床实践满5年，但不在同一医疗机构的，需另附页填写。  2.医疗机构主管卫生行政部门指：核发该医疗机构《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门。 | | | | | | |