推荐医师承诺书

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 专业技术资格证书上的专业名称 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 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 |  |
| 确有专长诊疗技术名称 |  |
| 确有专长所属专科 | 中医内科学□ 中医妇科学□ 针灸推拿学□  中医外科学□ 中医儿科学□ 其他  |
| 从事传统医学临床实践活动的机构名称 |  |
| 从事传统医学临床实践活动的地址 |  |
| 从事传统医学临床实践活动的时间 |  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.介绍被推荐者医学临床实践活动的职业道德情况；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.申报的传统医学确有专长的医术渊源；2.申报的传统医学确有专长的独特性、安全性及疗效等。 |
| 推荐医师承诺 | 本人承诺：一、已阅读《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》（卫生部52号令）《广东省卫生健康委员会 广东省中医药局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》（粤中医规〔2020〕1号）对推荐医师的要求。二、从事专业与被推荐者传统医学确有专长相关，符合推荐医师条件。三、了解被推荐者从事传统医学临床实践活动的地点（机构）及申报的传统医学确有专长，并确认其从事传统医学临床实践活动满五年，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（由推荐医师所在第一执业机构核对原件后加具“与原件相符”意见，核对人签名，加盖核对单位印章或单位部门章）