附件9

患者推荐证明

被推荐者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐患者姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | 现联系电话 |  |
| **通讯地址** |  |
| 推荐患者就诊情况 | 就诊时间 | 年 月 日 | 就诊时年龄 |  |
| 就诊机构名称 |  |
| 就诊地点 |  |
| 所患疾病（或就诊原因） |  |
| 推荐理由 | 简要介绍诊疗过程、治疗效果等。 |
| 承诺意见：本人自愿推荐 参加 年度广东省中医医术确有专长人员医师资格考核。本表填报的信息全部真实准确，如有虚假并造成不良后果，本人愿意承担一切后果。同时承诺本人与被推荐者不存在近亲属或利害关系，并配合审核部门的调查核实工作。推荐人签名并按手印： 年 月 日 |

注：该证明用于申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核，请如实填写。