附件7

中医医术确有专长人员（经多年实践）

患者推荐证明表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推  荐  患  者  基  本  情  况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 工作单位 |  | | |
| 所患疾病 |  | | |
| 诊  疗  经  过 |  | | | |
| 治  疗  效  果 |  | | | |
| 患  者  承  诺 | 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。  患者签字：    日期： 年　月　日 | | | |

注：患者与被推荐人有近亲属或利害关系的应当予以回避。