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。