附件 8

中医医术确有专长人员（经多年实践）患者推荐证明汇总表

被推荐者姓名： 身份证号： 从事中医医术实践活动时间： 年 月至 年 月（共计 年 月）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者  姓名 | 性别 | 身份证号 | 现联系电话 | 通讯地址 | 就诊时情况（应包含就诊时间、就诊机构或就诊地点、所患疾病、治疗经过和效果） | 是否近亲属或存在利害关系 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1、本表根据10名患者的《患者推荐表》汇总而成；2、10名患者就诊时间须跨5个以上年度。