附件4

掌握传统医学诊疗技术证明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 证明人姓名 |  | 被证明人姓名 |  |
| 证明人所在单位 |  | 证明人电话 |  |
|  |
| 证明人《医师资格证书》编号 |  |
| 被证明人医术专长评述 |  |
| 以上证明如有虚假，我本人承担一切责任。证明人签字： 年 月 日 |