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 | | | | |