附件2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师信息表 一 | | | | | |
| 推荐  医师  基本  情况 | 姓名 |  | | 性别 |  |
| 职称 |  | | 民族 |  |
| 专业 |  | | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | | |
| 医师资格证书编码 |  | | | |
| 执业医师证书编码 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | |
| 本人自愿推荐 ，身份证号 ，参加 年度河南省中医医术确有专长考核，本人对其中医专长学习实践经历熟悉，评估其中医专长疗效确切，符合《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》推荐要求，特此推荐。  根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》“第三十七条 推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业医师证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任”。 | | | | | |
| 推荐  医师  意见 | 本人已知悉上述推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是我本人真实意见的表达，遵守推荐医师相关要求，不进行有偿推荐，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受相关处罚条款。  推荐医师签字（按指印）：  　 年 　月 　日 | | | | |
| 推荐医师所在单位意见 | 推荐医师 系我院职工，经核实，该医师系自愿推荐，非有偿推荐。  推荐医师所在单位盖章  　 年 　月 　日 | | | | |
| 推荐医师信息表二 | | | | | |
| 推荐  医师  基本  情况 | 姓名 | |  | 性别 |  |
| 职称 | |  | 民族 |  |
| 专业 | |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 | |  | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | |
| 执业医师证书编码 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | |
| 本人自愿推荐 ，身份证号 ，参加 年度河南省中医医术确有专长考核，本人对其中医专长学习实践经历熟悉，评估其中医专长疗效确切，符合《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》推荐要求，特此推荐。  根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》“第三十七条 推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业医师证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任”。 | | | | | |
| 推荐  医师  意见 | 本人已知悉上述推荐需要承担的义务和责任，推荐意见是我本人真实意见的表达，遵守推荐医师相关要求，不进行有偿推荐，若推荐内容不实或推荐材料虚假，自愿接受相关处罚条款。  推荐医师签字（按指印）：  　 年 　月 　日 | | | | |
| 推荐医师所在单位意见 | 推荐医师 系我院职工，经核实，该医师系自愿推荐，非有偿推荐。  推荐医师所在单位盖章  　 年 　月 　日 | | | | |