附件3：

**确有专长人员从事传统医学临床实践年限证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 学 历 |  | 身份证号 |  |
| 从事传统医学临床实践医疗机构 | 名称 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 登记号 |  | 法定代表人 |  |
| 医疗机构证明 |  该同志于 年 月至 年 月，在我医疗机构从事传统医学临床实践活动 年。 特此证明。  联系电话： 医疗机构负责人（签字）： （医疗机构盖章） 年 月 日 |
| 医疗机构主管卫生行政部门意见 |  情况：属实□ 不属实□ （盖章） 年 月 日 |
| 注 | 1.若申请人从事传统医学临床实践满5年，但不在同一医疗机构的，需另附页填写。2.医疗机构主管卫生行政部门指：核发该医疗机构《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门。 |