附件8-1

患者推荐汇总表

**被推荐者： 身份证号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | 是否近亲属或存在利害关系 |
| 就诊时间 | 就诊机构名称 | 就诊地点 | 所患疾病  （或就诊原因） |
| 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名患者就诊时间需跨5个年度以上。

附件8-2

患者推荐表（多年实践人员）

被推荐者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐患者姓名 | |  | 性别 | |  | 身份证号 |  | | 现联系电话 |  | |
| **通讯地址** | |  | | | | | | | | | |
| 被推荐者情况 | 从事中医医术实践活动的机构名称 | | |  | | | | | | | |
| 从事中医医术实践活动的地址 | | | 市 县(市/区) 镇(街道) 村(路) 号 | | | | | | | |
| 从事中医医术实践活动时间 | | | 从 年 月到 年 月（共计 年 月） | | | | | | | |
| 推荐患者就诊时情况 | 就诊时间 | | | 年 月 日 | | | | 就诊时年龄 | | |  |
| 就诊机构名称 | | |  | | | | | | | |
| 就诊地点 | | |  | | | | | | | |
| 所患疾病  （或就诊原因） | | |  | | | | | | | |
| 工作单位  (或家庭住址) | | |  | | | | | | | |
| 推荐理由 | 简要介绍诊疗过程、治疗效果等，并附在被推荐者从事医术实践活动机构就诊的佐证材料（如病历或处方/治疗单/门诊日志/收费凭证等原始记录的复印件）。 | | | | | | | | | | |
| 承诺意见：  本人自愿推荐 参加 年度广东省中医医术确有专长人员医师资格考核。本表填报的信息全部真实准确，如有虚假并造成不良后果，本人愿意承担一切后果。同时承诺本人与被推荐者不存在近亲属或利害关系，并配合审核部门的调查核实工作。  推荐人签名并按手印：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

**需附下列材料：**1、推荐患者的身份证复印件（并经推荐患者签名加按手印确认）；2、在被推荐者从事医术实践活动机构就诊的相关佐证材料（如：病历或处方/治疗单/门诊日志/收费凭证等原始记录的复印件），每张复印件需要加盖从事医术实践活动机构单位印章。