附件2

推荐医师承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推  荐  医  师  1 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 | |  | |
| 执业类别 |  | 专业技术资格证书的专业名称（如有） | |  | |
| 主要执业  机构 |  | | | 所在科室 |  |
| 推  荐  医  师  2 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 | |  | |
| 执业类别 |  | 专业技术资格证书的专业名称（如有） | |  | |
| 主要执业  机构 |  | | | 所在科室 |  |
| 推荐医师承诺 | 本人承诺：  一、已阅读《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（国家卫生计生委第15号令）《重庆市中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则》对推荐医师的要求。  二、从事专业与被推荐者相关，符合推荐医师条件。  三、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第三十六条“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依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任”之规定有充分的了解。  四、了解被推荐者（姓名： 身份证号： ）从事中医医术实践活动的地点（机构）及申报的医术专长，并确认其从事中医医术实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。  五、愿配合审核部门的调查核实工作。  被推荐人：  推荐医师1签名并按手印：  推荐医师2签名并按手印：  　年　月　日 | | | | | |