附件4

患者推荐证明

被推荐人姓名： 临床实践地点： 州 县（市） 乡镇（街道） 村（居）委会（社区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 家庭详细住址 | 联系方式 | 所患疾病 | 就诊时间 | 就诊信息获取途径 | 同意推荐请签字手印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名□其他 |  |

注明：由被报考人员诊疗过的患者推荐