

患者推荐证明

患者姓名		年龄		性别	
邮政编码		通讯地址			
联系电话/ 手机号码		身份证号码			
推 荐 理 由	要求：详细描述诊疗过程（含就诊时间、诊疗地点、所患疾病、主要症状、诊疗方法等）和治疗效果（含近期和远期疗效）。				
	兹证明上述诊疗信息系被推荐人_____亲自为我诊治，所有信息均真实有效。本人愿为其作出推荐证明，并承担相应法律责任。 <div>推荐人（签名及手印）： 日期：</div>				

注：1. 患者诊疗资料以附件形式附后；2. 推荐的患者须提供本市常住的身份证明（身份证、居住证等），复印件附后；3. 儿科患者等特殊推荐人如无完全民事行为能力的，可以由其监护人代为签名及手印。