附件2

**2024** **年度《血液净化血管通路介入技术专项能力培训**

**证书》考试推荐表**

兹有 医生，身份证号 ,联系电

话 ,现就职于 医疗机构，

會干 年 月至 年 月，在 医疗

机构进修学习血液透析血管通路介入技术，经本中心考察，认为其具备独立开展血管通路介入技术的能力，由本人推荐参加2024年度《血液净化血管通路介入技术专项能力培训证书》考试。

**被推荐人签章：**

**推荐人签章：**

**推荐人所在培训中心：**

**时间：**