附件4

从事中医医术实践活动证明

（供县、区级卫生健康中医药主管部门用）

兹证明：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 确有专长诊疗技术名称 |  |
| 从事中医医术实践活动机构名称 | 机构名称：  机构负责人签名并加盖机构公章： 年 月 日 |
| 从事中医医术实践活动地址 | 市 县(区/市) 镇(街道) 村(路) 号 |
| 从事中医医术实践活动时间 | 年 月至 年 月 |

县（区）卫生健康局经办人： 联系电话：

 县（区）卫生健康局负责人（签名）：

 县（区）卫生健康局（盖章）：

 年 月 日