附件4

**从事中医医术实践活动证明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 从事中医医术实践活动机构名称 |  |
| 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（共计 年 | 月） |

兹证明：

经办人： 联系电话：

负责人（签名）：

单位名称（盖章）：