附件4

中医医术实践证明材料

|  |
| --- |
| 一、县（市、区）卫生计生行政部门证明 |
| 兹证明。姓名             ，年龄     ，性别     ，身份证号码                    。经审核，于     年    月   日至    年   月   日（共计    年），在               （行医地点）多年从事中医医术实践。                签字并盖章            年    月    日 |

|  |
| --- |
| 二、所在社区、村委会证明 |
| 兹证明。姓名             ，年龄     ，性别     ，身份证号码                    。经审核，于     年    月   日至    年   月   日（共计    年），在               （行医地点）多年从事中医医术实践。                签字并盖章            年    月    日 |

|  |
| --- |
| 三、10名以上患者推荐证明 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 家庭详细住址 | 联系方式 | 所患疾病 | 就诊时间 | 患者承诺 | 签字、按手印 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 8 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 9 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |
| 10 |   |   |   |   |   |   |   | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |   |