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。 |  |